

# STRESZCZENIA



Wykład im. prof. Mariana Grzybowskiego

## Ziarniniak grzybiasty – wczoraj i dziś

Joanna Maj

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Jednym z pierwszych artykułów naukowych prof. Mariana Grzybowskiego, w latach 1931-1949 kierownika Katedry i Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych w Warszawie przy ulicy Koszykowej, był opublikowany w „Przeglądzie Dermatologicznym” w 1926 r. „Przypadek ziarniniaka grzybiastego”.

Ziarniniak grzybiasty po raz pierwszy został opisany w 1806 r. przez francuskiego dermatologa Jean Louis Marca Aliberta, ale nazwany *pian fungoid*, co w tłumaczeniu oznacza „frambrezję grzybiczą”. Dopiero po 29 latach od pierwszego opisu również Alibert użył terminu *mycosis fungoides* (MF), porównując guzy występujące w przebiegu choroby do kapeluszy grzybów. Wśród autorów licznych prac naukowych, którzy przyczynili się do pogłębienia wiedzy dotyczącej ziarniniaka grzybiastego, przewija się wiele nazwisk światowej sławy dermatologów, m.in. Auspitz, Vidala, Brocq, Besniera, Hallopeau, Ackermana. Artykuł prof. Mariana Grzybowskiego został opublikowany po wprowadzeniu w 1902 r. przez Brocqa terminu „przyłuszczyca”, a przed ukazaniem się w 1933 r. doniesienia o rodzinnej odmianie MF, którą opisano u matki i córki.

Ten stosunkowo rzadki kiedyś nowotwór limfoproliferacyjny jest obecnie coraz częściej rozpoznawany, m.in. dzięki wprowadzeniu do diagnostyki metod immunohistochemicznych i molekularnych. Opisano już 31 odmian MF, w tym postać przebiegającą z odbarwieniami, odmianę pęcherzową, pęcherzykową, brodawkową, krostkową, łuszcycopodobną, typu liszaja płaskiego, odmianę występującą rodzinnie. Eksperti WHO/EORTC podjęli także próbę usystematyzowania klasyfikacji chłoniaków pierwotnie skórnych, wyróżniając ziarniniaka grzybiastego i jego podtypy, a także różnicując go od agresywnie przebiegającego zespołu Sezary’ego. Jeszcze niedawno ten zespół utożsamiono z erytrodemiczną postacią MF. Z odmian MF wyeliminowano także postać pierwotną guzową, czyli odwróconą (*mycosis fungoides d’emblé*). Badacze coraz częściej zwracają uwagę na rolę w diagnostyce i być może w patogenezie MF mikroRNA (miRNA), których odkrycie jest jednym z przełomowych wydarzeń w biologii molekularnej w ostatnim dziesięcioleciu. Trwały natomiast pozostaje pogląd dotyczący początkowej terapii MF, która powinna być jak naj-

mniej toksyczna, ale prowadzić do remisji. Z kolei u młodych pacjentów z MF w stadium IIB-IV, w dobrym stanie ogólnym, u których nie osiągnięto efektu po leczeniu tradycyjnym, przed włączeniem cytostatyków należy rozważyć alogeniczne przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych.

Wykład im. prof. Tadeusza Chorzelskiego

## Autoimmunologiczne choroby pęcherzowe jako problem interdyscyplinarny

Rafał Czajkowski

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogi Płciowej i Immunodermatologii Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

Autoimmunologiczne choroby pęcherzowe (ang. autoimmune blistering diseases – AIBDs) charakteryzują się występowaniem autooprzeciwciał skierowanych przeciwko różnym strukturalnym białkom skóry i obejmują jednostki chorobowe skupione w grupie pęcherzycy lub pemfigoidu. Uszkodzenie pokryw pęcherzy zajmujących rozległe obszary skóry i błon śluzowych, zaburzenia wodnoelektrolitowe, utrata znaczących ilości białka oraz ryzyko wystąpienia infekcji mogą spowodować konieczność intensywnego nadzoru stanu klinicznego pacjenta. Ponadto dysfunkcja błon śluzowych przewodu pokarmowego utrudnia przyjmowanie pokarmów i leków, w związku z czym niektóre z AIBDs, zwłaszcza dotyczące osób w starszym wieku, obciążonych innymi współistniejącymi chorobami wewnętrznymi, są stanem zagrożenia życia pacjentów. Częste współwystępowanie AIBDs z innymi narządowo swoistymi chorobami autoimmunologicznymi, chorobami nowotworowymi i chorobami wewnętrznymi może mieć wspólne podłoże patogenetyczne, co ukierunkowuje dalszą poszerzoną diagnostykę, wpływa na decyzje terapeutyczne i pozwala rokować co do szans na wyleczenie chorego.

Wykład im. prof. Edwarda Rudzkiego

## Świąd – objaw nie tylko alergii

Jacek Szepietowski

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii  
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich  
we Wrocławiu

Świąd definiowany jest jako nieprzyjemne odczucie, które wzbudza potrzebę drapania. Świąd występuje u ok. 8–9% ogółu populacji, przy czym dane z ośrodków niemieckich wskazują na jeszcze częstsze występowanie świądu, u ok. 15–17% populacji. Częstość występowania świądu wzrasta z wiekiem i w większym odsetku dotyczy ludzi w podeszłym wieku. Świąd często kojarzony jest z alergią. W istocie doznanie świądowe jest najczęstszym objawem w chorobach skóry i dotyczy nie tylko dermatoz alergicznych. W niektórych dermatozach, takich jak pokrzywka, atopowe zapalenie skóry czy infestacja świerzbowcem ludzkim, świąd występuje praktycznie u wszystkich chorych. W ostatnich dekadach zwrócono również uwagę, że ok. 70–80% chorych na łuszczycę cierpi na świąd skóry o różnym stopniu nasilenia. W pierwotnych chłoniakach skóry lub zapaleniu skórno-mięśniowym stwierdza się go u ponad 85% chorych. Powszechnie wiadomo, że w zakażeniach grzybiczych i wirusowych skóry (opryszczka, półpasiec) większość chorych uskarża się na uporczywy świąd. Świąd często występuje także w różnych schorzeniach ogólnoustrojowych. Na pierwszy plan wysuwa się pierwotna żółciowa marskość wątroby i inne schorzenia wątroby przebiegające z cholestazą, następnie przewlekła choroba nerek, zaburzenia hematologiczne (czerwienica prawdziwa, rozrosty limforetikularne różnego typu) i choroby endokrynologiczne (cukrzyca, nadczynność i niedoczynność tarczycy, nadczynność przytarczyc). Świąd z powodu swojego rozprzestrzenienia jest dzisiaj niewątpliwie poważnym problemem interdyscyplinarnym, znacznie przekraczającym szeroko pojętą alergię. Patogeneza świądu jest złożona i w wielu typach doznania świądowego nie do końca poznana. Znanych jest szereg mediatorów reakcji świądowej, niektóre z nich odgrywają również rolę w chorobach alergicznych. Należy podkreślić, że histamina, która dość powszechnie jest uważana za główny mediator świądu, odgrywa kluczową rolę tylko w wybranych stanach chorobowych przebiegających ze świądem, np. w pokrzywce czy mastocytozie. W wielu innych, w tym licznych schorzeniach ogólnoustrojowych, rola histaminy, jeżeli w ogóle istnieje, jest bardzo ograniczona. Według obecnej wiedzy do mediatorów świądu należy zaliczyć: ace-

tylocholinę, chemokiny, cytokiny (IL-2, IL-31), neuropeptydy (CGRP, SP,  $\beta$ -endorfinę, NPY), edotelinę 1, endowaniloidy, endokannabinoidy, proteazy serynowe, prostaglandyny (E1, E2, D2, trombosan A2), leukotrien B4, kwas lizofosfatydowy, bradykininę, czynnik wzrostu nerwów (NGF) oraz peptydy opioidowe. Z powodu mało poznanego i niejedolitego patomechanizmu leczenie świądu stanowi istotne wyzwanie dla klinicysty. Nie ma jednego, złotego środka uśmierzającego świąd o różnej etiologii. Leczenie powinno być zindywidualizowane w zależności od choroby podstawowej, dobrane dla danego chorego przy uwzględnieniu holistycznego podejścia do terapii.

## Nietypowa odmiana klasycznej postaci mięsaka Kaposiego

Magdalena Jałowska<sup>1</sup>, Ewa Cuper<sup>1</sup>, Ryszard Żaba<sup>2</sup>,  
Zygmunt Adamski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Zakład Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wprowadzenie.** Mięsak Kaposiego jest nowotworem wywołanym przez ludzkiego wirusa opryszczki typu 8 (HHV-8). Głównym czynnikiem rozwoju tego schorzenia jest zakażenie HIV. Klasyczna postać mięsaka Kaposiego występuje głównie u mężczyzn (15 : 1), w większości mieszkańców basenu Morza Śródziemnego.

**Opis przypadku.** Przedstawiamy przypadek 89-letniego mężczyzny, Polaka, przyjętego do Kliniki Dermatologii z rozpoznaniem mięsaka Kaposiego w celu dalszej diagnostyki i leczenia. Wywiad chorobowy od 6 lat. Początkowo wykwity skórne w postaci sinych, niebolesnych plam były zlokalizowane na skórze przedramienia prawego. Następnie zmiany przekształciły się w guzki, dołączył się obrzęk limfatyczny prawej kończyny górnej o dużym nasileniu. Od ok. 6 miesięcy u pacjenta pojawiły się nowe sinoczerwone plamy rozsiane na skórze ud, pośladkach i okolicy łędźwiowej pleców. Pacjent nie odczuwał dolegliwości bólowych. W badaniu immunohistochemicznym stwierdzono cechy *sarcoma Kaposi* (immunofenotyp HHV8+, CD31+, CD34 ogniskowo+, factor VIII+). Wykazano ekspresję antygenu proliferacyjnego Ki67 w ok. 20% jąder komórkowych. Ze względu na wiek chorego odstąpiono od leczenia. Kilka miesięcy później rodzina pacjenta informowała o nieprzyjemnym zapachu wydobywającym się ze zmian skórnych na kończynie górnej prawej. Podczas hospitalizacji w Klinice Dermatologii pobrano kolejny wycinek do badania histopatologicznego, potwierdzając mikroskopowo i immunohistochemicznie mięsaka Kaposiego. Wynik badania w kierunku HIV był ujemny. W badaniu rentgenograficznym (RTG) dłoni prawej i przedramienia prawego stwierdzono rozrzedzenia struktury kostnej kości ręki i przedramienia, przykurcze w stawach międzypaliczkowych dalszych, rozdęte struktury kostne II, III i IV kości śródścza oraz poszerzenie obrysów tkanek miękkich z licznymi zmianami guzowatymi. W badaniu USG doppler prawej kończyny górnej nie stwierdzono objawów niedokrwienia, a układ żylny był wydolny, bez objawów zakrzepicy. W badaniu laryngologicznym nie wykazano wykwitów na błonach śluzowych jamy ustnej. W wymazie bakteriologicznym ze zmian skórnych na przedramieniu

wyhodowano bakterie: *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*. Zastosowano antybiotykoterapię systemową zgodnie z lekowrażliwością, uzyskując ustąpienie nieprzyjemnego zapachu ze zmian skórnych. Pacjent został zakwalifikowany przez chirurgów do amputacji kończyny na poziomie ramienia. We wrześniu 2016 r. przeprowadzono zabieg.

**Wnioski.** Przedstawiono postać mięsaka Kaposiego, w której zmiany pojawiły się nietypowo w początkowym okresie na kończynie górnej. Nie obserwowano zmian na stopach i podudziach. W chwili przyjęcia pacjenta do kliniki proces nowotworowy był bardzo zaawansowany, obserwowano słoniowaciznę prawej kończyny górnej i rozrzedzenie struktur kostnych tej kończyny oraz liczne zmiany guzowate.

## Zawodowy wyprysk kontaktowy wywołany żywicą 4-tert-butyloformaldehydową

Magdalena Jałowska<sup>1</sup>, Ryszard Żaba<sup>2</sup>,  
Zygmunt Adamski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Zakład Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wprowadzenie.** Żywica 4-tert-butyloformaldehydowa jest produktem kondensacji butylofenolu i formaldehydu. Jest najsilniej uczulającą żywicą z grupy fenoplastów. Używana jest głównie jako klej w przemyśle obuwniczym, samochodowym i meblarskim. Wchodzi w skład taśm klejących, materiałów izolacyjnych, papieru kopiującego, atramentu, wywoływaczy filmów, dezodorantów i kosmetyków.

**Opis przypadku.** Mężczyzna 56-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu rumieniowonaciekowych zmian skórnych, pojedynczych pęcherzyków oraz nadżerek powierzchni grzbietowej stóp. Zmiany występowały od roku. Pacjent był leczony w poradni dermatologicznej miejscowymi preparatami glikokortykosteroidów, antybiotykami miejscowymi oraz miejscowymi lekami przeciwgrzybiczymi oraz doustnie flukonazolem z okresową poprawą. Ponadto u chorego stwierdzono nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2, hiperlipidemię mieszaną i chorobę zwyrodnieniową stawów. Podczas hospitalizacji wykonano trzykrotnie badanie mikologiczne ze zmian skórnych na stopach oraz paznokci – wynik badania bezpośredniego oraz hodowli był ujemny. Pobrano wycinek skóry do badania histopatologicznego. Obraz odpowiadał wypryskowi przewlekłemu.

mu, w badanym materiale nie znaleziono elementów grzybów. Wykonano alergiczne naskórkowe testy płatkowe, w których stwierdzono wynik dodatni w odniesieniu do żywicy 4-*tert*-butyloformaldehydowej. Pacjent pracuje jako operator maszyn. W pracy używał butów ochronnych, skórzanych, przy których produkcji jako kleju użyto żywicy 4-*tert*-butyloformaldehydowej. Po zmianie obuwia u pacjenta stwierdzono całkowite ustąpienie zmian skórnych zlokalizowanych na stopach. W kontroli dermatologicznej przeprowadzonej po 3, 6 i 8 miesiącach nadal nie obserwowano wykwitów skórnych.

**Wnioski.** Choroba zawodowa to schorzenie wymienione w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych narażeniem zawodowym. Kontaktowe alergiczne zapalenie skóry jest najczęściej rozpoznawaną dermatozą zawodową w Polsce. Obecnie alergenem najczęściej wywołującym alergiczne kontaktowe zapalenie skóry pochodzenia zawodowego jest chrom, jednak w ostatnich latach obserwuje się wzrost alergii na związki chemiczne, w tym na żywice fenolowe (fenoplasty). Żywica 4-*tert*-butyloformaldehydowa jest częstym czynnikiem wywołującym wyprysk alergiczny związany z noszonym obuwem (ang. *shoe-associated dermatitis*).

## Choroba Kimury u rasy kaukaskiej

Agnieszka Owczarczyk-Saczonek<sup>1</sup>,  
Agnieszka Markiewicz<sup>1</sup>, Magdalena Misiukiewicz-Poć<sup>2</sup>,  
Waldemar Placek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych  
Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej  
Uniwersytetu Warmińskiego-Mazurskiego w Olsztynie

<sup>2</sup>Zakład Patomorfologii Uniwersytetu  
Warmińskiego-Mazurskiego w Olsztynie

**Wprowadzenie.** Choroba Kimury jest rzadką, przewlekłą chorobą zapalną w populacji kaukaskiej i zazwyczaj dotyka młodych mężczyzn rasy azjatyckiej. Jest to choroba o nieznannej etiologii, charakteryzująca się triadą objawów: powiększeniem węzłów chłonnych głowy i szyi, eozynofilią oraz podwyższeniem stężenia IgE w surowicy.

**Opis przypadku.** Prezentujemy przypadek 25-letniego mężczyzny rasy kaukaskiej, który został przyjęty do Kliniki w grudniu 2015 r. z powodu powiększonych, spoistych i niebolesnych węzłów

chłonnych w okolicy podżuchwowej, pachowej i nadobojczykowych. Pacjent obserwował ich stopniowe powiększanie się do 5 cm średnicy od 2011 r. W badaniach laboratoryjnych, oprócz eozynofilii (11%) i podwyższonego stężenia IgE (211,2 IU/ml), nie stwierdzono istotnych odchyleń. Tomografia komputerowa w obrębie struktur szyi uwidoczniała wiele powiększonych węzłów chłonnych w obszarze podżuchwowym i kości gnykowej, a w klatce piersiowej powiększenie węzłów chłonnych wokół aorty. Pacjent pięciokrotnie miał usuwane chirurgicznie węzły chłonne okolicy podżuchwowej. Wykonane każdorazowo badania histopatologiczne opisywały proces reaktywny, ale bez ostatecznej diagnozy. Przed hospitalizacją w klinice wykonano ponownie biopsję węzłów chłonnych, dzięki której stwierdzono: aktywne centra reprodukcji (CD 20+, BCL6 +, CD10 +, CD23 +, MUM1 +/-, Ki67 +++); w strefie T widoczne naczynia z aktywnymi komórkami śród-błonka, immunoblastami, licznymi histiocytami oraz naciekami eozynofilów. Na podstawie powyższych badań postawiono diagnozę choroby Kimury. Rozpoczęto leczenie cyklosporyną w dawce 200 mg/dobę (2,9 mg/kg m.c.), z dobrą tolerancją, ale bez odpowiedzi. Po 2 miesiącach lek został odstawiony i włączono metyloprednizolon 32 mg/dobę, uzyskano poprawę i zmniejszenie się podżuchwowych węzłów chłonnych do 1,5 cm średnicy po 2 miesiącach.

**Wnioski.** Diagnoza choroby Kimury może być bardzo trudna z powodu jej rzadkiego występowania u rasy białej. Podczas przeprowadzania diagnostyki różnicowej trzeba wziąć pod uwagę przewlekłe choroby zapalne (gruźlica), nowotwory (ostra białaczka limfocytowa, chłoniak z komórek T, mięsak Kaposiego, choroba Hodgkina lub rak gruczołów ślinowych) i *angiolymploid hyperplasia with eosinophilia*. Decyduje wynik badania histopatologicznego.

## Piodermia zgorzelinowa, wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Grażyna Wąsik<sup>1</sup>, Magdalena Żurek<sup>2</sup>,  
Aleksandra Czachor<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oddział Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej  
z Pododdziałem Dziennym Szpitala Wojewódzkiego w Opolu

<sup>2</sup>Oddział Chorób Wewnętrznych, Pododdział  
Gastroenterologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu

Pacjentka, lat 38, kilkakrotnie hospitalizowana na Oddziale Dermatologii i Gastroenterologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu w 2015 r. z rozpoznaniem:

piodermia zgorzelinowa, wrzodzące zapalenie jelita grubego.

Obecna choroba rozpoczęła się w styczniu 2015 r. Zmiany skórne były zlokalizowane na obu podudziach, początkowo o charakterze drobnych krost przypominających czyraki, które szybko ulegały martwicy i ewoluowały w owrzodzenia o nierównych, wałowatych brzegach i martwiczym dnie. Obraz kliniczny oraz szybki przebieg świadczyły o rozpoznaniu piodermii zgorzelinowej. Zmiany skórne poprzedzone były zmniejszeniem masy ciała, anemią oraz krwistymi biegunkami, co korelowało z aktywną postacią wrzodzącego zapalenia jelita grubego, potwierdzoną badaniem kolonoskopowym.

Mimo wdrożonego leczenia ogólnego (Encorton 20 mg, Asamax, Sorbifer Durulex, Controloc) oraz miejscowego (maści steroidowe) w kwietniu 2015 r. nastąpiło pogorszenie stanu miejscowego – powstały szybko tworzące się nowe owrzodzenia z tendencją do szerzenia się obwodowego. Z tego powodu pacjentka była hospitalizowana na oddziale dermatologicznym. W leczeniu zastosowano dożylnie puls steroidowe (SoluMedrol), celowaną terapię antybiotykową, modyfikowano dawkę prednizonu. Ze względu na brak efektów terapeutycznych w trakcie kolejnej hospitalizacji włączono do leczenia immunoglobuliny (Octagam), po wcześniejszej premedykacji, jednocześnie kontynuując terapię pulsami steroidowymi. Mimo wdrożonego leczenia nadal obserwowano progresję zmian skórnych. Po konsultacji gastroenterologa i pozytywnej kwalifikacji do leczenia biologicznego przekazano pacjentkę na oddział gastroenterologii, gdzie włączono do leczenia inhibitory TNF- $\alpha$  (Remsima) zgodnie z programem terapeutycznym. W trakcie terapii inicjującej (lipiec/sierpień 2015 r.) zaobserwowano po raz pierwszy poprawę stanu miejscowego, która korelowała z regresją zmian w jelitach, stwierdzaną kontrolnym badaniem kolonoskopowym. Kontynuacja leczenia biologicznego w skojarzeniu z pulsami steroidowymi spowodowała dalszą poprawę w postaci znacznego spłycenia, oczyszczenia i epitelizacji owrzodzeń. Ostatnią dawkę podtrzymującą leku biologicznego podano pacjentce w lipcu 2016 r.

Aktualnie pacjentka jest pod stałą kontrolą poradni dermatologicznej i gastroenterologicznej. Owrzodzenia są wygojone, nie podaje dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego.

## Nowotwory melanocytarne o niepewnym potencjale złośliwości (ang. *melanocytic tumor of uncertain malignant potential* – MELTUMP) – prezentacja przypadków

Martyna Sławińska<sup>1</sup>, Michał Sobjanek<sup>1</sup>,  
Wojciech Biernat<sup>2</sup>, Roman Nowicki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Patomorfologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Diagnostyka histopatologiczna zmian melanocytowych opiera się na ocenie cytoarchitektoniki tkanki oraz morfologii pojedynczych komórek. Na tej podstawie większość zmian melanocytowych jest klasyfikowana jako łagodne lub złośliwe. Problematyczne są przypadki współistnienia histopatologicznych cech świadczących o łagodnym i złośliwym charakterze – tego rodzaju zmiany określa się w piśmiennictwie jako nowotwory melanocytarne o niepewnym potencjale złośliwości (ang. *melanocytic tumor of uncertain malignant potential* – MELTUMP). Nie opracowano dotąd rekomendacji dotyczących postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w tych przypadkach.

Na podstawie materiału gdańskiej kliniki dermatologicznej zostaną przedstawione cechy kliniczne, dermoskopowe oraz histopatologiczne zmian należących do spektrum MELTUMP.

## Rozległe, szybko postępujące owrzodzenie przedniej powierzchni tułowia – opis przypadku

Katarzyna Szczukocka, Marta Jaworska<sup>1</sup>,  
Sylwia Cyran-Stemplewska<sup>1</sup>, Janusz Kopczyński<sup>2</sup>,  
Beata Kręcisz<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

<sup>2</sup>Zakład Patologii Nowotworów Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

<sup>3</sup>Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Pacjent 92-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu rozległego owrzodzenia, zajmującego okolicę przedniej powierzchni klatki piersiowej

oraz brzucha. Według chorego zmiany pojawiły się i szybko rozprzestrzeniły w ciągu 6 miesięcy. W badaniu fizykalnym stwierdzono: owrzodzenie obejmujące 15% powierzchni klatki piersiowej oraz 70% powierzchni brzucha, z wałowatym brzegiem i zalegającą wydzieliną ropną w dnie; zmianę guzową o wałowatych brzegach, owrzodziła w centrum, zaciągającą powiekę dolną oka, zlokalizowaną na skórze policzka prawego – według danych z wywiadu – utrzymującą się od ponad 5 lat i rozpoznawaną wcześniej klinicznie jako rak podstawnokomórkowy; powiększony, twardy, niebolesny węzeł chłonny pachowy lewy; liczne bolesne nadżerki na błonach śluzowych jamy ustnej od kilku tygodni; odwodnienie i wyniszczenie.

W badaniach laboratoryjnych wykazano: podwyższone parametry stanu zapalnego, leukocytozę i trombocytozę, cechy niewydolności nerek, a także podwyższone PSA oraz LDH. W diagnostyce różnicowej owrzodziałych zmian na tułowieu rozważano pęcherzycę bujającą, piodermię zgorzelinową, nowotwór pierwotny skóry oraz przerzuty nowotworowe do skóry. W badaniu immunofluorescencji bezpośredniej ze zmian na tułowieu nie stwierdzono obecności złożeń immunoglobulin. Nie odnotowano również przeciwciał krążących w chorobach pęcherzowych w surowicy pacjenta. W badaniu histopatologicznym wycinka ze zmian w obrębie skóry brzucha uwidoczniło obecność gniazd komórek nowotworowych o jasnej cytoplazmie, zawieszonych w włóknisto-naczyniowym podścielisku, z martwicą w centrum gniazd i wysokim indeksem mitotycznym. W naczyniach krwionośnych stwierdzono zatępy z komórek nowotworowych. Na podstawie specyficznych barwień (m.in. p63, wimentyna, Ki67, PSA, mucyna) wykluczono przerzuty raka jasnokomórkowego nerki, raka żołądka, raka prostaty. Ostatecznie ustalono rozpoznanie raka łojowego, wariantu płaskonabłonkowego. Chorego skierowano do dalszej diagnostyki i leczenia w ośrodku onkologicznym.

Rak łojowy w lokalizacji pozaoczarnej jest rzadkim nowotworem. Współczynnik zapadalności wynosi 1–2 na 1 000 000 rocznie. Najczęściej lokalizuje się na twarzy, szczególnie w obrębie górnej powieki. Zwykle ma postać żółtobrązowego guzka z tendencją do rozpadu w centrum. Dotychczas opisano pojedyncze przypadki tego nowotworu zlokalizowanego na tułowieu. Leczeniem z wyboru jest usunięcie chirurgiczne, do pozostałych opcji terapeutycznych należą: radioterapia, mitomycyna c miejscowo oraz krioterapia.

## Zespół Cloustonea – opis przypadku

Magdalena Jałowska<sup>1</sup>, Adriana Polańska<sup>2</sup>,  
Ryszard Żaba<sup>2</sup>, Zygmunt Adamski<sup>1</sup>,  
Aleksandra Dańczak-Pazdrowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Zakład Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Zespół Cloustonea to hydrotyczna dysplazja ektodermalna. Najczęściej wywołany jest mutacją w genie GJB6 kodującym koneksynę 30. Charakteryzuje się grubymi, wolno rosnącymi paznokciami, rzadkimi włosami, przerzedzeniem brwi i rzęs. Skóra dłoni i podeszew jest pogrubiała. Chorzy mają przeważnie niezaburzone wydzielanie potu.

Pacjent 8-letni został przyjęty do Kliniki Dermatologii z podejrzeniem atopowego zapalenia skóry w celu diagnostyki i leczenia. Choroba rozpoczęła się w okresie niemowlęcym. W czasie hospitalizacji skóra pacjenta wyróżniała się suchością z towarzyszącym świądem i złuszczeniem drobnopłatkowym. Obserwowano zliszajowacenie w zgięciach stawowych, nadżerki pokryte strupami na skórze twarzy, pośladków i owłosionej skórze głowy. Na skórze dłoni i podeszew stwierdzono nadmierne rogowacenie. Płytki paznokciowe były pogrubiałe, hiperkeratotyczne, u stóp szponowate, brązowe, włosy trudne do ułożenia, rzadkie, matowe. Nie obserwowano wykwitów patologicznych na błonach śluzowych. U pacjenta wykonano ambulatoryjnie alergiczne skórne testy punktowe, które wykazały nadwrażliwość na roztocze kurzu domowego. U chłopca pojawia się okresowo alergiczny nieżyt nosa. Pacjent ma starszego brata, u którego występują podobne objawy na płytkach paznokciowych. Pogrubiałe, hiperkeratotyczne, brązowe paznokcie pojawiały się też u ojca, babci i pradziadka chorego. Podczas hospitalizacji wykonano badanie włosa chorego oraz jego ojca w mikroskopie świetlnym w powiększeniu 40-krotnym. Stwierdzono w obu przypadkach włosy obrączkowate. Wykonano badanie mikologiczne bezpośrednie oraz hodowlę z pogrubiałych paznokci stóp – wynik był ujemny. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższony poziom ASO (418 IU/ml) oraz zwiększony odsetek eozynofili w rozmazie krwi. Wykonano badanie IgE specyficznych dla enterotoksyn gronkowcowych – klasa 0, *Dermatophagoides pteronyssinus* klasa 6, *D. farinae* klasa 6. Podczas konsultacji okulistyckiej uzyskano prawidłowy wynik testu Schirmera. Pacjenta skierowano do poradni genetycznej. Obserwowane u chorego i innych jego krewnych objawy ze strony skóry, paznokci i włosów pozwalają wysunąć kliniczne



podejrzenie dysplazji ektodermalnej hydrotycznej. Przeprowadzona w poradni genetycznej analiza rodowodu umożliwia jednoznaczne rozpoznanie dziedziczenia autosomalnego dominującego, niezależnego od płci. Jednocześnie wykluczono podejrzewany wcześniej, a związany z atopowym zapaleniem skóry zespół Nethertona, wykazujący dziedziczenie autosomalne recesywne. Obecnie pacjent oczekuje na wynik badania w kierunku mutacji genu GJB6.

---

## Historia dermatologii w Warszawie

Maria Błaszczuk-Kostanecka

## Reakcja wokół ciała obcego w praktyce chirurga plastyka

Lubomir Lembas

Prywatna Specjalistyczna Praktyka Lekarska

**Wprowadzenie.** W chirurgii plastycznej, medycynie estetycznej oraz kosmetologii powszechnie wprowadza się do organizmu ludzkiego „ciała obce” w postaci wypełniaczy, nici, stymulatorów produkcji kolagenu czy implantów. Ciała obce, obok czynników biologicznych (np. bakterie), urazów (np. oparzenie) i zaburzonych mechanizmów immunologicznych (autoimmunizacja), stanowią bodziec do reakcji zapalnej organizmu. Stan zapalny wokół ciała obcego przyjmuje formę tzw. ziarniny wokół ciała obcego, inaczej zwanej ziarniną resorpcyjną. Ma charakter przewlekły (ciało obce długotrwale przebywa w ciele ludzkim), a jego intensywność, stan komórkowy, struktura oraz skuteczność w spełnianiu swojej funkcji zależą od rodzaju wprowadzonego ciała obcego. Funkcją ziarniny resorpcyjnej jest uprzątnięcie lub otorbienie (inkapsulacja) ciała obcego. Uprzątnięcie następuje w przypadku ciał obcych możliwych do rozpuszczenia i wchłonięcia lub do fagocytozy. W przypadku ciał obcych nierozpuszczalnych i niepodlegających fagocytozie ziarnina oddziela tkanki człowieka od drażniącego wpływu ciała obcego i dochodzi do otorbienia (inkapsulacji).

**Cel pracy.** Ocena skuteczności ziarniny resorpcyjnej w spełnianiu swojej funkcji (uprzątnięcie, inkapsulacja) w zależności od rodzaju wprowadzonego ciała obcego.

**Materiał i metodyka.** Czterdzieści przypadków klinicznych reakcji wokół ciała obcego: tkanka wokół siatki polipropylenowej (nici) – 1 raz, guzki podskórne po preparacie Sculptra (kwas L-polimlekowy) – 2 razy, torebka wokół Macrolane (kwas hialuronowy) w piersiach – 10 razy, torebka wokół implantów silikonowych piersi – 19 razy, torebka wokół implantu silikonowego nosa – 1 raz, zniekształcenie czerwieni wargowej po trwałych wypełniaczach – 4 razy, SMAS po nieznanego pochodzenia wypełniaczach – 2 razy, SMAS po niciach polipropylenowych – 2 razy, endogenne ciało obce (zastarzały krwiak piersi po wyjętym implancie) – 1 raz. Meto-

da: 1) makroskopowa ocena stanu klinicznego tkanek z ziarniną resorpcyjną, 2) mikroskopowa ocena tkanek z ziarniną resorpcyjną, 3) skorelowanie obrazu makroskopowego i mikroskopowego z rodzajem ciała obcego. Za skuteczne spełnianie funkcji przez ziarninę resorpcyjną uznano stan, gdy jest ona w stanie uprzątnąć ciało obce (rozpuścić, wchłonąć, zmetabolizować) lub oddzielić ciało obce od organizmu (wytworzyć skuteczną i stabilną torebkę wokół ciała obcego). Za brak skuteczności uznano stan, gdy ziarnina resorpcyjna nie jest w stanie uprzątnąć ciała obcego ani skutecznie oddzielić go od otaczających tkanek. Za makroskopowy wyraz braku skuteczności ziarniny resorpcyjnej uznano postępujące z czasem zniekształcenie tkanek wynikające z długotrwałej obecności ciała obcego, które nie jest oddzielone od otaczających tkanek skuteczną torebką, przemieszcza się i prowokuje nową reakcję wokół siebie. Za mikroskopowy wyraz nieskuteczności uznano wnikanie drobin ciała obcego w obręb ziarniny resorpcyjnej i obecność komórek piankowatych.

**Wyniki.** Ziarnina resorpcyjna w przedstawionym materiale okazała się skuteczna w stosunku do kwasu hialuronowego, kwasu L-polimlekowego, gumy silikonowej, nici polipropylenowych i endogennych ciał obcych. Ziarnina resorpcyjna jest nieskuteczna w stosunku do płynnego silikonu i żelu poliakrylamidowego.

**Wnioski.** Ze względów bezpieczeństwa należy unikać w medycynie ciał obcych, w stosunku do których ziarnina resorpcyjna jest nieskuteczna.

## Łuszczyca skóry owłosionej głowy – wyzwanie terapeutyczne?

Lidia Rudnicka, Mariusz Sikora

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Skóra owłosiona głowy stanowi jedną z najczęstszych lokalizacji zmian w przebiegu łuszczycy, niejednokrotnie będąc ich jedynym umiejscowieniem. Zmianom skórnym może towarzyszyć świąd, bolesność, wzmożone wypadanie włosów, a także poczucie stygmatyzacji, które skutkują znaczącym obniżeniem jakości życia pacjentów. Dlatego terapia łuszczycy skóry owłosionej głowy powinna być dostosowana do potrzeb pacjenta i aktywności choroby.

Leczenie pierwszego wyboru stanowią preparaty miejscowe, wśród których najczęściej stosowane są glikokortykosteroidy w monoterapii lub w połączeniu z pochodnymi witaminy D<sub>3</sub> albo środkami

keratolitycznymi. Utrudniona biodostępność leków miejscowych, słabe właściwości kosmetyczne oraz ograniczona skuteczność często powodują nieprzeżeganie zaleceń terapeutycznych.

W przypadku niepowodzenia terapii miejscowej wskazane jest zastosowanie leczenia ogólnego (metotreksatu, cyklosporyny A lub acytretyny). W związku z brakiem badań oceniających ich skuteczność w izolowanym zajęciu skóry owłosionej głowy stosuje się je zazwyczaj w dawkach rekomendowanych dla innych odmian łuszczycy, z uwzględnieniem potencjalnych działań niepożądanych i przeciwwskazań do terapii oraz zasad monitorowania.

Część badań klinicznych poświęconych tylko leczeniu łuszczycy skóry owłosionej głowy wykazuje skuteczność leków biologicznych: inhibitorów TNF- $\alpha$  (adalimumab, infliksymab, etanercept), IL-17 (sekukinumab, iksekizumab), IL-23 (ustekinumab, guselkumab), oraz nowych cząsteczek terapeutycznych, takich jak apremilast. Ograniczona dostępność i wysoki koszt terapii stanowią jednak barierę w ich zastosowaniu, w szczególności w przypadku izolowanego zajęcia skóry głowy.

Szybkie rozpoznanie łuszczycy skóry owłosionej głowy i właściwa terapia pozwalają zapobiec negatywnym następstwom klinicznym i psychospołecznym choroby.

nie z użyciem elektrochemioterapii stanowi nadal pewną opcję leczenia paliatywnego, poprawiającego jakość życia u chorych z meta typu *in-transit*.

---

## Postępowanie chirurgiczne w leczeniu czerniaka

Wojciech Zegarski

Katedra Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii  
w Bydgoszczy Collegium Medicum w Bydgoszczy  
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Postępy w diagnostyce i leczeniu czerniaka w zakresie możliwości poprawy wyników terapii są przedmiotem tej prezentacji. Wczesne rozpoznanie z wykorzystaniem między innymi dermoskopii umożliwia wykrycie wczesnych stopni zaawansowania czerniaka z niskim wynikiem w skali Breslowa, co znamienicie zwiększa szansę na uzyskanie wysokiego wskaźnika 5-letnich przeżyć nawet na poziomie 90%. Przedstawiono wszystkie istotne wskazania do wykonania badania WW. Omówiono aktualnie obowiązujące marginesy zdrowych tkanek przy wycięciu zmiany pierwotnej w różnych lokalizacjach czerniaka. Wskazania do limfadenektomii oraz resekcji przerzutów do narządów zostały przedstawione na podstawie nowoczesnej diagnostyki, między innymi badań PET-CT *fusion*. Lecze-

## Nowe perspektywy w terapii atopowego zapalenia skóry

Dorota Krasowska, Michał Adamczyk

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii  
Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Atopowe zapalenie skóry (AZS) to jedna z najczęstszych dermatoz. Liczba leków zarejestrowanych w terapii AZS jest stosunkowo nieduża. W XXI wieku nie wprowadzono dotychczas żadnego nowego leku ogólnego dla chorych na AZS, a jedyną substancją leczniczą zarejestrowaną do ogólnej terapii ciężkiego AZS u osób dorosłych jest cyklosporyna A (CsA). Leki miejscowe obejmują preparaty glikokortykosteroidowe (GKS) oraz inhibitory kalcyneuryny (IK). U chorych z ciężkim przebiegiem AZS leczenie ogólne CsA i GKS lub IK nie zawsze daje satysfakcjonującą odpowiedź kliniczną i poprawę jakości życia. Konieczne jest więc poszukiwanie i badanie nowych preparatów leczniczych, które hamują procesy patogenetyczne reakcji alergicznej. Obecnie na różnych etapach badań klinicznych znajduje się wiele leków o różnych mechanizmach działania, które wykazują potencjał w leczeniu AZS. Dupilumab jest przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciwko podjednostce  $\alpha$  receptora dla IL-4, wykazującym działanie anty-IL-4 i IL-13. Lek pozytywnie przeszedł badania kliniczne i znajduje się obecnie w fazie przedrejestracyjnej. Crisaborole w postaci maści hamuje enzym fosfodiesterazę 4. Inne badane leki to m.in. inhibitory kinaz tyrozynowych JAK, antagoniści IL-13 i IL-31 oraz limfopoetyny zębca grasicy (TSLP). Możliwe, że w najbliższych latach wiele z tych leków będzie zarejestrowanych w terapii AZS, co pozwoli osiągnąć remisję kliniczną i poprawę jakości życia pacjentów cierpiących na ciężkie AZS.

## Szkoła atopowego zapalenia skóry

Roman Nowicki, Aleksandra Wilkowska

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą dermatozą zapalną o nawrotowym przebiegu oraz interdyscyplinarnych powikłaniach, takich jak ADHD u młodszych dzieci, zaburzenia snu, możliwość ryzyka wystąpienia autyzmu, stygmatyzacja, depresja, zaburzenia mowy, dolegliwości gastryczne, otyłość brzuszna, nadciśnienie, choroby serca i naczyń, osteo-

poroza, złamania, bielactwo i łysienie plackowate [1, 2]. Zaburzenia bariery naskórkowej w AZS są efektem współdziałania czynników genetycznych, immunologicznych i środowiskowych. Skuteczne leczenie AZS zapobiega poważnym powikłaniom, jednak wymaga ścisłej współpracy pacjenta i/lub opiekuna z lekarzem. Do prawidłowego wykonywania zaleceń lekarskich oraz współpracy przy identyfikacji czynników zaostrzających niezbędna jest edukacja pacjenta [3].

Chory powinien aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia, posiadając wystarczającą ilość informacji o chorobie oraz rozumiejąc jej istotę [4]. Pierwsze szkoły atopii – edukacyjne spotkania z dermatologiem, alergologiem, psychologiem, dietetykiem i doświadczoną pielęgniarką dermatologiczną – powstały w Polsce od 2005 r. w oparciu o Kliniki i wybrane oddziały dermatologiczne. Celem tych szkół była pomoc choremu w codziennym zmaganiu się z chorobą, wyjaśnienie rodzicom i/lub pacjentom różnych aspektów atopii: przedstawienie obrazu klinicznego, wpływu różnych czynników środowiskowych (m.in. diety, roli ekspozycji na alergeny powietrzno pochodne, czynniki drażniące i/lub infekcyjne oraz ich eliminacji), omówienie marszu atopowego, sposobów postępowania i znaczenia przestrzegania zasad codziennej pielęgnacji skóry, stosowania emolientów, miejscowych leków przeciwzapalnych, przeciwbakteryjnych i mokrych opatrunków [5-7]. Spotkania z członkami rodzin dzieci lub osobami chorymi na AZS powinny odbywać się w grupach 10-15-osobowych. W trakcie spotkań osoby dorosłe mogą obejrzeć prezentacje przygotowane przez dermatologa, alergologa i psychologa klinicznego, a dzieci pod nadzorem wyszkolonej pielęgniarki poprzez zabawę poznają zasady i zalecenia poprawiające skuteczność terapii. Organizacja szkół atopii wynika z ciągłej potrzeby edukacji w zakresie prawidłowego pielęgnowania skóry, samodzielności w leczeniu oraz życiu codziennym [8].

Aktualnie, w dobie internetowej dezinformacji, widzimy pilną konieczność reaktywacji szkół atopii i wdrożenia jednolitych, ogólnopolskich programów edukacyjnych dla pacjentów i rodziców.

## Piśmiennictwo

1. Silverberg J.I., Simpson E.L.: Association between severe eczema in children and multiple comorbid conditions and increased healthcare utilization. *Pediatr Allergy Immunol* 2013, 24, 476-486.
2. Strom M.A., Silverberg J.I.: Eczema is associated with childhood speech disorder: a retrospective analysis from the National Survey of Children's Health and the National Health Interview Survey. *J Pediatr* 2016, 168, 185-192.
3. Ahrens B., Staab D.: Extended implementation of educational programs for atopic dermatitis in childhood. *Pediatr Allergy Immunol* 2015, 26, 190-196.
4. Kurzawa R., Wanad-Krzak M., Widerska-Kurzawa A.: Atopowe zapalenie skóry. *Poradnik dla lekarzy*. Help Med., Kraków, 2009, 91-105.

5. **Małaczyńska T.**: Możliwości profilaktyki w atopowym zapaleniu skóry. [in:] W. Siłny (ed.). Atopowe zapalenie skóry. Termedia, Poznań, 2012, 207-226.
6. **Barańska-Rybak W., Nowicki R.**: Jaki jest wpływ infekcji na rozwój atopowego zapalenia skóry. [in:] R. Nowicki (ed.). ABC atopowego zapalenia skóry. Termedia, Poznań, 2015, 42-49.
7. **Nowicki R., Trzeciak M., Wilkowska A., et al.**: Atopic dermatitis: current treatment guidelines: statement of the experts of the Dermatological Section, Polish Society of Allergology, and the Allergy Section, Polish Society of Dermatology. Post Dermatol Alergol 2015, 32, 239-249.
8. **Wilkowska A.**: Szkoła atopii. [in:] R. Nowicki (ed.) Atopowe zapalenie skóry w praktyce. Cornetis, Wrocław, 2013, 219-230.

w skali SCORAD. Cięższy przebieg schorzenia w tej grupie objawiał się głównie rozległymi, ostro zapalnymi zmianami skórnymi z obecnością wydrapań. Stwierdzono istotną korelację pomiędzy masowością kolonizacji w obrębie skóry zmienionej chorobowo i pozornie zdrowej a stężeniem całkowitego IgE.

**Wnioski.** Uzyskane wyniki potwierdzają istotny wpływ kolonizacji skóry przez gronkowca złocistego na obraz kliniczny wyprysku atopowego. Obserwacje własne dotyczące roli kolonizacji w obrębie skóry nosa, potwierdzone w dużych grupach chorych, mogą być wskazówką do opracowania nowych zasad postępowania terapeutycznego i profilaktycznego.

## Wpływ zaburzeń składu mirobiomu błony śluzowej nosa i skóry na obraz kliniczny wyprysku atopowego

Zbigniew Samochocki, Leszek Blicharz

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**Wprowadzenie.** Kolonizacja skóry przez gronkowca złocistego należy do istotnych czynników prowokujących rozwój atopowego zapalenia skóry (AZS). Rola zakażenia błony śluzowej w tym procesie jest różnie oceniana.

**Cel pracy.** Ocena wpływu masowości kolonizacji przez gronkowca złocistego błony śluzowej nosa i skóry na obraz kliniczny wyprysku atopowego.

**Materiał i metodyka.** W badaniu wzięło udział 33 dorosłych chorych na AZS w wieku średnio 31 lat. Wszyscy spełniali kryteria diagnostyczne wg Hanifina i Rajki. Pacjentów poddano badaniu przedmiotowemu i podmiotowemu, a także obliczono wartość SCORAD. Oceniono masowość kolonizacji przez gronkowca złocistego (posiewy na podłoża Chapmana, spektrometria mas) w obrębie błony śluzowej przedsonka nosa oraz czynnych zmian wypryskowych o największym nasileniu stanu zapalnego, także skóry pozornie niezmienionej. Oznaczono też surowicze stężenie całkowitego IgE. Grupę kontrolną stanowiło 36 osób zdrowych. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

**Wyniki.** Masywność kolonizacji w obrębie błony śluzowej nosa u chorych była istotnie wyższa niż u zdrowych osób. Korelowała ona z nasileniem wydrapań i częstością występowania chorób atopowych dróg oddechowych. Masywność kolonizacji w obrębie skóry chorej i pozornie niezmienionej była istotnie wyższa niż w kontroli i korelowała z nasileniem

## Skuteczność kliniczna omalizumabu w leczeniu pokrzywki przewlekłej

Aleksandra Lesiak, Igor A. Bednarski, Anna Woźniacka, Joanna Narbutt

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Wprowadzenie.** Omalizumab (Xolair), pierwotnie przeznaczony do leczenia umiarkowanej i ciężkiej astmy niekontrolowanej steroidami, jest pierwszym przeciwciałem monoklonalnym zatwierdzonym w terapii pokrzywki przewlekłej.

**Cel pracy.** Ocena skuteczności i potencjalnych efektów ubocznych leczenia omalizumabem w praktyce klinicznej.

**Materiał i metodyka.** Do badania włączono 11 pacjentów (6 mężczyzn i 5 kobiet), u których zaobserwowano brak poprawy przy standardowym leczeniu pokrzywki. Na początku badania chorzy otrzymywali 300 mg omalizumabu we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie. Jeżeli odpowiedź kliniczna była wystarczająca, dawkę leku zmniejszono do 150 mg. Oceniano odpowiedź na leczenie przy użyciu kwestionariuszy UAS7 i UCT w poszczególnych punktach czasowych.

**Wyniki.** Spośród 11 pacjentów u 9 uzyskano całkowite ustąpienie objawów pokrzywki. Już po 1 dawce omalizumabu u 5 pacjentów stwierdzono remisję kliniczną. Średni czas do remisji wynosił 9,3 tygodnia. W trakcie badań nie zaobserwowano żadnych skutków ubocznych.

**Wnioski.** Wydaje się, że omalizumab jest bezpiecznym lekiem, który w szybki i skuteczny sposób indukuje remisję u pacjentów nieodpowiadających na wcześniejsze leczenie.

## Wskazania do biopsji skóry owłosionej w łysieniu

Anna Lis-Święty

Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Łysienie to heterogenna grupa schorzeń o różnej etiologii, patogenezie i prezentacji klinicznej. Ustalenie rozpoznania opiera się na szczegółowym wywiadzie lekarskim, badaniu fizykalnym, odpowiednich testach laboratoryjnych. Zwykle wystarczają procedury nieinwazyjne lub mało inwazyjne, takie jak test pociągania włosów i trichoskopia. Jednak w części przypadków wskazana jest biopsja skóry owłosionej głowy. Konieczne jest to w sytuacjach, gdy istnieją wątpliwości diagnostyczne lub wymagana jest dokładna ocena aktywności procesu chorobowego. Badanie histopatologiczne umożliwia różnicowanie łysienia niebliznowaciejącego (łysienie androgenowe, telogenowe, plackowate, trichotillomania, łysienie z pociągania) i bliznowaciejącego, w tym z przeważającym naciekiem limfocytarnym (toczeń rumieniowaty skórny, liszaj płaski mieszkowy, mucynozza mieszkowa, kolczyste rogowacenie mieszkowe wyłysiające), neutrofilowym i mieszanym, wykluczenie zmian nowotworowych (raki, chłoniaki, przerzuty nowotworowe) oraz infekcji (grzybice). Przed wdrożeniem terapii w długotrwanie utrzymującym się łysieniu plackowatym biopsja dostarcza informacji o nasileniu stanu zapalnego i stanie mieszków włosowych. W liszaju płaskim mieszkowym skuteczne leczenie jest możliwe tylko w początkowej fazie zapalnej, natomiast do przeszczepienia włosów kwalifikuje się pacjentów w fazie nieaktywnej. Warunkiem uzyskania właściwej oceny łysienia w badaniu histopatologicznym jest odpowiedni wybór miejsca do pobrania biopsji, prawidłowa technika wykonania biopsji, przygotowania preparatu histopatologicznego oraz interpretacja wyniku badania.

## Łysienie plackowate – nadczynność osi podwzgórze–przysadka–nadnercza. Fakt czy mit?

Beata Bergler-Czop<sup>1</sup>, Bartosz Miziołek<sup>2</sup>,  
Ligia Brzezińska-Wcisło<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

<sup>2</sup>Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mieleckiego w Katowicach

**Wprowadzenie.** Stres psychiczny jest znanym czynnikiem zaostrzającym wiele dermatoz, w tym łysienie plackowate. Nadczynność osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA) u chorych z łysieniem plackowatym prezentowana jest jako neuroendokrynną odpowiedź na stres. Ciągłe jednak jest wiele pytań dotyczących produkcji hormonu stymulującego melanocyty (MSH) i kortyzolu w tej grupie pacjentów.

**Cel pracy.** Ocena produkcji MSH i kortyzolu u pacjentów z rozpoznaniem łysieniem plackowatym (AA) oraz u zdrowych osób z grupy kontrolnej.

**Materiał i metodyka.** Stężenie wolnego kortyzolu i MSH oznaczano w 43-osobowej grupie chorych z AA (35,5 ±10,6 roku) i w 37-osobowej grupie kontrolnej. Grupy wybrano spośród pacjentów Kliniki Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Wyniki poddano analizie statystycznej testem *W* Shapiro-Wilka, testem nieparametrycznym *U* Manna-Whitneya lub testem parametrycznym *t*-Studenta.

**Wyniki.** Średnie stężenie MSH u pacjentów z AA wynosiło 5,39 ng/ml, a w grupie kontrolnej 5,71 ng/ml. Różnica nie była znamienna statystycznie ( $p = 0,435$ ), jednak w grupie kontrolnej stwierdzono większe wartości MSH ( $Q_{75} = 13,6$  ng/ml *vs*  $Q_{75} = 5,98$  ng/ml) i ta tendencja była bardziej widoczna u kobiet. U chorych z AA wykazano wyższe stężenia kortyzolu w osoczu ( $157,63 \pm 91,16$  µg/l) niż u osób z grupy kontrolnej ( $123,32 \pm 71,28$  µg/l), chociaż w tym zakresie także nie stwierdzono znamienności statystycznej ( $p = 0,063$ ). Nie wykazano zależności produkcji kortyzolu od płci chorych.

**Wnioski.** Zaburzenia w produkcji MSH i kortyzolu nie zostały potwierdzone statystycznie u pacjentów z AA, jednak badanie wykonano w stosunkowo niewielkiej grupie pacjentów i wymaga ono kontynuacji w przyszłości.

## Trichoskopowa diagnostyka różnicowa guzów zapalnych w obrębie owłosionej skóry głowy. Retrospektywna analiza 15 przypadków

Patrycja Gajda<sup>1</sup>, Adriana Rakowska<sup>1</sup>, Joanna Czuwara<sup>1</sup>, Małgorzata Jabłońska<sup>2</sup>, Lidia Rudnicka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Specjalistyczna Praktyka Lekarska w Krakowie

**Wprowadzenie.** Guzy zapalne zlokalizowane na owłosionej skórze głowy mogą mieć różną etiologię. Mogą być wywołane czynnikami zakaźnymi, czynnikami związanymi z zaburzonym procesem rogowacenia lub nowotworami.

**Cel pracy.** Ustalenie, w jakim stopniu trichoskopia umożliwi diagnozowanie guzów zapalnych na owłosionej skórze głowy.

**Materiał i metodyka.** Retrospektywnie przeanalizowano 41 guzów zapalnych zlokalizowanych w obrębie owłosionej skóry głowy u 15 pacjentów w przebiegu rozwarstwiającego zapalenia owłosionej skóry głowy (ang. *dissecting cellulitis*; 36 guzów) oraz w przebiegu *angiolymploid hyperplasia with eosinophilia* (5 guzów). Oceniono obrazy trichoskopowe pod kątem częstości występowania objawów trichoskopowych.

**Wyniki.** W trichoskopii guzów zapalnych w przebiegu rozwarstwiającego zapalenia owłosionej skóry głowy (guzy zapalne wypełnione treścią ropną; łysienie bliznowaciejące) stwierdzono żółte podłoże (100%; 36/36), objaw 3D (75%; 27/36), włosy dystroficzne na obwodzie i w obrębie guzka (53%; 19/36). W przypadku guzków zapalnych w przebiegu ALHE w trichoskopii wykazano homogenne, ciemnoróżowe podłoże z nieregularnie ułożonymi, czerwonymi, małymi, rozmytymi obszarami (naczynia chmury) oraz pojedyncze prawidłowe łodygi w obrębie guzków (100%; 5/5).

**Wnioski.** Różny obraz trichoskopowy guzów zapalnych zlokalizowanych na skórze głowy umożliwia ich bezinwazyjną diagnostykę. Wstępne badania wskazują, że żółte podłoże z dystroficznymi włosami w obrębie zmiany oraz na obwodzie świadczy o rozpoznaniu *dissecting cellulitis*, podczas gdy homogenne różowe podłoże z czerwonymi rozmytymi obszarami – o rozpoznaniu *angiolymploid hyperplasia with eosinophilia*.

## Łysienie związane z pęcherzycą

Marta Sar-Pomian, Joanna Czuwara, Lidia Rudnicka, Małgorzata Olszewska

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**Wprowadzenie.** Mimo że zajęcie skóry owłosionej głowy obserwuje się nawet u 60% pacjentów z pęcherzycą, to łysienie związane z pęcherzycą uważa się za rzadkie. Znaczenie łysienia związanego z pęcherzycą dla klinicznego i immunologicznego profilu choroby nie jest znane.

**Cel pracy.** Ocena częstości występowania łysienia związanego z pęcherzycą u pacjentów z pęcherzycą zwykłą i liściastą oraz jego znaczenia dla klinicznego i immunologicznego profilu choroby.

**Materiał i metodyka.** Do badania włączono 52 pacjentów z potwierdzoną immunologicznie i histopatologicznie pęcherzycą, z aktywnymi zmianami na skórze owłosionej głowy (28 pacjentów z pęcherzycą zwykłą i 24 pacjentów z pęcherzycą liściastą). Pacjenci otrzymywali prednizon w dawce początkowej 0,5–1,0 mg/kg m.c./dobę, a w przypadku pęcherzycy zwykłej dodatkowo azatioprynę w dawce początkowej 1–2 mg/kg m.c./dobę. Analizowano obraz kliniczny choroby, wyniki immunofluorescencji bezpośredniej i pośredniej, stężenia przeciwciał skierowanych przeciwko desmogleinie 1 i 3 oraz obraz histopatologiczny bioptatów skóry owłosionej głowy.

**Wyniki.** Łysienie związane z pęcherzycą zaobserwowano u 11 pacjentów (21,2%) spośród 52 badanych. W grupie tej znalazło się 10/28 (35,7%) pacjentów z postacią śluzówkowo-skórną pęcherzycy zwykłej i 1/24 (4,2%) pacjent z pęcherzycą liściastą. W badaniu przeprowadzono analizę porównawczą pomiędzy dwiema grupami pacjentów z pęcherzycą zwykłą – z łysieniem w przebiegu tej choroby oraz bez łysienia. Grupa pacjentów z łysieniem związanym z pęcherzycą w porównaniu z grupą pacjentów bez łysienia związanego z pęcherzycą wykazywała istotnie statystycznie wyższe wartości wskaźnika *Pemphigus Disease Area Index skin activity score* ( $10,7 \pm 7,8$  vs  $4,1 \pm 6,7$ ,  $p = 0,02$ ), *scalp activity score* ( $7,4 \pm 3,7$  vs  $2,6 \pm 3,2$ ,  $p = 0,003$ ) oraz *total activity score* ( $21,8 \pm 18,6$  vs  $11,0 \pm 20,5$ ,  $p = 0,02$ ). U pacjentów z łysieniem związanym z pęcherzycą rzadziej obserwowano remisję serologiczną ( $10 \pm 40\%$  vs  $70 \pm 50\%$ ,  $p = 0,02$ ), a czas jej trwania był istotnie statystycznie krótszy ( $0,5 \pm 1,4$  miesiąca vs  $17,9 \pm 27,6$  miesiąca,  $p = 0,01$ ) w porównaniu z grupą pacjentów bez łysienia związanego z pęcherzycą. U 8/10 (80%) pacjentów z łysieniem związanym z pęcherzycą zwykłą stwierdzono akantozę w mieszkach włosowych oraz miniaturyzację

gruczołów łojowych. Nie obserwowano histopatologicznych cech łysienia bliznowaciejącego.

**Wnioski.** Łysienie związane z pęcherzycą częściej występuje w przebiegu pęcherzycy zwykłej niż łysienia. Ma charakter niebliznowaciejący. U pacjentów z pęcherzycą zwykłą łysienie wiąże się z większym nasileniem zmian na skórze owłosionej głowy i skórze gładkiej, mniejszym prawdopodobieństwem osiągnięcia remisji serologicznej lub skróconym czasem jej trwania.

trudna z powodu szczególnych cech anatomicznych skóry dziecięcej, a także trudności współpracy z rodzicami i opiekunami. W opracowaniu omówiono problemy diagnostyczne i leczenie na podstawie własnych doświadczeń klinicznych.

---

## Choroby skóry owłosionej głowy u dzieci

Monika Kapińska-Mrowiecka

Oddział Dermatologii Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie

Zmiany skóry owłosionej głowy mogą występować już w wieku noworodkowym i niemowlęcym. Są to głównie znamiona naczyniowe i barwnikowe, znamiona typu *hamartoma*, znamię łojowe Jadassohna, znamię naskórkowe. Mastocytoza w postaci pojedynczej zmiany, ziarniniaki histiocytowe *naevoxanthoendothelioma* wymagają różnicowania z anomaliami wrodzonymi (wrodzony niedorozwój skóry) lub guzami złośliwymi w postaci *blueberry muffin syndrome*. Szczególnie ważne jest ustalenie, czy zmiana wymaga wycięcia, szybkiej diagnostyki czy też może podlegać obserwacji. W wieku dziecięcym na skórze głowy występują zmiany o zróżnicowanej etiologii i patogenezie. Stwierdza się choroby bakteryjne, takie jak liszajec zakaźny, zakażenia mieszków włosowych (*folliculitis*, *impetigo Bockhart*). W wieku dziecięcym zakażenia grzybicze szczególnie częste są w dużych skupiskach dziecięcych. Grzybica drobnozarodnikowa, grzybica z odczynem głębokim stanowią zwykle duży problem terapeutyczny, konieczna jest wtedy terapia skojarzona miejscowa i systemowa. Choroby pasożytnicze (świerzb u małych dzieci, wszawica) łatwo poddają się terapii. Przewlekłe dermatozy o łagodnym, przemijającym przebiegu (łojotokowe zapalenie skóry, *pseudotinea amiantacea*) wymagają różnicowania z łuszczycą, której częstość występowania w wieku dziecięcym wzrasta, i zaburzeniami rogowacenia (choroba Dariera, *keratosis follicularis*). Atopowe zapalenie skóry, suchość skóry i uporczywy świąd z zajęciem skóry owłosionej powinny być objęte kompleksową diagnostyką alergologiczną i leczeniem zgodnie z aktualnymi standardami. Terapia przewlekłych chorób zapalnych skóry owłosionej u dzieci może być



## Ekspresja receptorów CD89 i CD71 a patogeneza opryszczkowego zapalenia skóry

Justyna Gornowicz-Porowska<sup>1</sup>, Agnieszka Seraszek-Jaros<sup>2</sup>, Monika Bowszyc-Dmochowska<sup>3</sup>, Elżbieta Kaczmarek<sup>2</sup>, Paweł Bartkiewicz<sup>1</sup>, Marian Dmochowski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Autoimmunizacyjnych Dermatoz Pęcherzowych Katedry i Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Zakład Bioinformatyki i Biologii Obliczeniowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup>Pracownia Histopatologii i Immunopatologii Skóry Katedry i Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wprowadzenie.** Zauważono zaangażowanie receptorów IgA (CD89 i CD71) w mechanizmy patogenetyczne internistycznych schorzeń mediowanych IgA-neutrofilowo (w tym choroby trzewnej), regulację stanu zapalnego i procesów immunologicznych. Wciąż jednak brakuje danych o współzależnej roli CD89 i CD71 z odniesieniem do produkcji auto-przeciwciał w patomechanizmie opryszczkowego zapalenia skóry (DH).

**Cel pracy.** Ocena skórnej ekspresji CD89 i CD71 w DH i mediowanych IgA-neutrofilowo dermatozach niebędących DH (IgAN, pozytywna grupa kontrolna) z oceną związku z autoprzeciwciałami anty-tTG/anty-eTG/anty-npG IgA w tych grupach.

**Materiały i metodyka.** Pobrano wycinki skórne (okolica wykwitowa) od 19 pacjentów z DH i od 15 pacjentów z IgAN oraz surowice od 33 pacjentów z DH i 11 pacjentów z IgAN. W badaniu dokonano oceny ekspresji CD89 i CD71 przez barwienie immunohistochemiczne wraz z ilościową analizą morfometryczną oraz przeprowadzono testy ELISA do oceny poziomu anty-eTG/tTG/npG IgA. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej.

**Wyniki.** Wykazano istotnie statystycznie większą ekspresję CD89 w DH niż w IgAN ( $p = 0,0432$ ). Stwierdzono znamienne wyższą ekspresję CD71 niż CD89 w DH ( $p = 0,0007$ ) i IgAN ( $p = 0,0008$ ). Wykazano ujemną korelację pomiędzy ekspresją CD71 i CD89 w IgAN ( $r = -0,539$ ) oraz dodatnią korelację pomiędzy ekspresją CD89 i poziomem anty-npG IgA w DH ( $r = 0,664$ ).

**Wnioski.** Wydaje się, że CD71 jest zaangażowany w proces zapalny DH i IgAN, jednak istotniejszym markerem dla DH przypuszczalnie jest CD89, gdzie zapewne jest powiązany z nietolerancją glutenu. Prawdopodobnie istnieje współzależność pomiędzy CD89 i CD71 w IgAN, co może sugerować ich rolę w regulacji procesu zapalnego.

## Diagnostyka i leczenie *epidermolysis bullosa* w Polsce

Cezary Kowalewski

Klinika Dermatologii i Immunodermatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

*Epidermolysis bullosa* (EB) jest grupą genetycznie uwarunkowanych chorób polegających na wzmożonej urażalności skóry. Wyróżnia się ponad 30 odmian EB, w których obraz kliniczny i przebieg choroby zależy od głębokości tworzenia się pęcherzy, co związane jest z rodzajem mutacji i stopniem uszkodzenia cząsteczki adhezyjnej decydującej o kohezji naskórka i skóry właściwej. Do tej pory ustalono związek EB z mutacjami w 18 genach. Wprowadzenie nowoczesnych metod analizy genetycznej umożliwiło rozpoznanie nowych odmian *epidermolysis bullosa simplex* u polskich chorych, które wiążą się z mutacjami w genach TGM5 oraz KRT1, do tej pory niekojarzonych z EB.

W referacie zostaną przedstawione konwencjonalne oraz nowoczesne metody leczenia EB obecnie stosowane w kraju z uwzględnieniem specyfiki nowych jednostek chorobowych, a także możliwości nowych rozwiązań terapeutycznych, które będą dostępne w Polsce w perspektywie najbliższych kilku lat.

## Znaczenie immunofluorescencji w dermatologii

Katarzyna Woźniak

Klinika Dermatologii i Immunodermatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Opracowanie technik immunofluorescencyjnych, zarówno bezpośredniej (DIF), jak i pośredniej (IIF), w latach 60. XX wieku spowodowało ogromny postęp w diagnostyce, przede wszystkim autoimmunizacyjnych chorób pęcherzowych skóry. Do rozpoznania pemfigoidu konieczne jest stwierdzenie związanych *in vivo* i krążących IgG/C3 na granicy skórno-naskórkowej, natomiast dla rozpoznania pęcherzycy kluczowe jest wykazanie autoprzeciwciał *in vivo* i krążących w przestrzeniach międzykomórkowych naskórka. W pemfigoidzie i pęcherzycy o typowym obrazie klinicznym wykonanie badań DIF i IIF jest procedurą rutynową. Badania te stosuje się również w przypadku chorób skóry i błon śluzowych, które przypominają w obrazie klinicznym pemfigoid, pemfigoid bliznowaciejący oraz chorobę

Duhringa. Dla przykładu, nadżerki w jamie ustnej mogą sugerować zarówno pęcherzycę, jak i pemfigoid bliznowaciejący i liszaj płaski. Dla odróżnienia tych chorób wykonanie DIF jest konieczne. Innym przykładem są rozsiane zmiany grudkowe, które występują zarówno w przebiegu wyprysku, infekcji świerzbowcowej, jak i chorobie Duhringa, a badaniem rozstrzygającym jest DIF. Wykonywanie badań DIF i IIF jest konieczne nie tylko do ustalenia rozpoznania, lecz także do monitorowania leczenia i podjęcia decyzji o zakończeniu terapii pęcherzycy oraz pemfigoidu.

niowej dziecka. Badania diagnostyczne obejmują badanie histopatologiczne, bezpośrednie i pośrednie badania immunofluorescencyjne, ELISA i BIOCHIP. Stanowią one podstawę rozpoznania PG i różnicują tę jednostkę z wielopostaciowymi osutkami ciężowymi, inną świądową dermatozą charakterystyczną dla ciąży. W leczeniu wykorzystuje się bardzo silne miejscowe glikokortykosteroidy, leki przeciwhistaminowe I i II generacji, a w przypadku choroby o ciężkim przebiegu także glikokortykosteroidoterapię ogólną czy infuzje dożylnie immunoglobulin.

---

## Pemfigoid ciężarnych

Mariola Pawlaczyk

Zakład Profilaktyki Chorób Skóry, Katedra Geriatrii i Gerontologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Pemfigoid ciężarnych (*pemphigoid gestationis* - PG) należy do autoimmunologicznych pęcherzowych chorób skóry z grupy pemfigoidu. Jest jedyną chorobą autoimmunologiczną występującą wyłącznie w okresie ciąży, co dowodzi roli, jaką odgrywają zmiany zachodzące w układzie immunologicznym kobiety ciężarnej w przerwaniu tolerancji immunologicznej, powstawaniu przeciwciał przeciwko białku BP 180 hemidesmosomów. Zjawisko to wiąże się z występowaniem określonych wariantów genów głównego układu zgodności tkankowej (MHC) klasy II u matki oraz nieprawidłowej ekspresji cząsteczek MHC klasy II w łożysku. Częstość występowania PG szacuje się na 1 na 20 000 do 50 000 ciąż. W rzadkich przypadkach PG może być rewelatorem rozrostów nowotworowych trofoblastu. Nazwa *herpes gestationis* wprowadzona w 1872 r. na określenie choroby sugerowała związek z zakażeniem wirusami *Herpes*, stąd od wielu lat nie jest stosowana. Nazwa ta nasuwała skojarzenia obrazu klinicznego, na który składają się zmiany polimorficzne w postaci grudek, rumieni obrzękowych z pęcherzykami i pęcherzami na powierzchni, przypominające rumień wielopostaciowy czy wyprysk, lokalizujące się początkowo w bezpośredniej okolicy pępka, a następnie zajmujące kończyny. Twarz i błony śluzowe są na ogół wolne. Zmianom skórnym towarzyszy nasilony świąd, często wyprzedzający pojawienie się wykwitów. Choroba rozpoczyna się między drugim trymestrem ciąży a okresem okołoporodowym i ustępuje w ciągu ok. 6 miesięcy po porodzie. Pemfigoid ciężarnych nieznacznie zwiększa ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego oraz małej masy urodze-

## Hiperurykemia u pacjentów chorych na łuszczycę plackowatą i łuszczycowe zapalenie stawów

Agnieszka Owczarczyk-Saczonek<sup>1</sup>,  
Magdalena Krajewska-Włodarczyk<sup>2</sup>, Ewelina Bałdyga<sup>1</sup>,  
Waldemar Placek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

<sup>2</sup>Oddział Reumatologii Szpitala Miejskiego w Olsztynie

**Wprowadzenie.** W badaniach nad hiperurykemią w łuszczycy widoczne są dwa poglądy na ten temat. Jeden dowodzi, że stan ten jest wynikiem zwiększonego katabolizmu puryn z powodu szybkiego namnażania się komórek naskórka w blaszkach łuszczycowych (*turn-over*), a drugi, że jest to wynik częściej współistniejących zaburzeń metabolicznych.

**Cel pracy.** Ocena SUA u chorych na łuszczycę plackowatą w zależności od stopnia nasilenia zmian łuszczycowych (PASI), współistnienia PsA oraz otyłości.

**Materiał i metodyka.** U 322 chorych na łuszczycę, w tym 95 chorych na PsA, i 98 osób zdrowych oznaczono SUA, białko C-reaktywne (CRP), wskaźnik masy ciała (BMI) i obwód talii.

**Wyniki.** U chorych stwierdzono hiperurykemię ponad 2-krotnie częściej niż w grupie kontrolnej. W całej grupie chorych SUA korelowało z wiekiem badanych ( $R = 0,35, p < 0,05$ ).

**Wnioski.** Hiperurykemia jest powszechnym zjawiskiem u chorych na łuszczycę i PsA, a jej monitorowanie może odgrywać rolę w profilaktyce rozwoju miażdżycy u tych pacjentów.

wymienionych wyżej schorzeń. Dlatego też dermatolog powinien być lekarzem interdyscyplinarnym. Uwzględnienie pozaskórnych problemów chorych na łuszczycę ma bardzo istotne znaczenie dla skuteczności terapii i jakości życia tych pacjentów. Powinniśmy pamiętać, że w terapii ogólnej i miejscowej konieczne jest wsparcie psychologiczne, a celem leczenia przeciwłuszczycowego powinno być uzyskanie długotrwałej kontroli przebiegu choroby. Coraz rzadziej obawiamy się stosowania w trybie ambulatoryjnym metotreksatu lub cyklosporyny, jednak nowe leki biologiczne są zwykle poza zasięgiem leczących. Niestety ze względów ekonomicznych także podstawowa metoda, jaką jest fototerapia, bywa niedostępna dla wielu naszych pacjentów. W ostatnich latach Polskie Towarzystwo Dermatologiczne opublikowało szereg wytycznych dotyczących leczenia łuszczycy. Pozwalam sobie jednak postawić pytanie, jak często sięgamy do piśmiennictwa i znamy takie rekomendacje. Czy każdy z dermatologów prowadzi edukację swoich pacjentów, przybliżając im wiadomości dotyczące tej przewlekłej i dla wielu uciążliwej choroby? Czy w terapii nie nadużywamy miejscowych kortykosteroidów, a w leczeniu łuszczycowego zapalenia stawów – niesteroidowych leków przeciwzapalnych?

Mimo wielu naukowych wskazówek dotyczących postępowania z pacjentem chorym na łuszczycę należy zdawać sobie sprawę, że w każdym przypadku to lekarz prowadzący musi dostosować decyzje terapeutyczne indywidualnie do pacjenta, uwzględniając bieżące dane z piśmiennictwa na temat skuteczności i bezpieczeństwa leczenia.

## Spojrzenie w przyszłość – iksekizumab – lek oczekiwany

Adam Reich

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii  
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich  
we Wrocławiu

W ostatnich latach obserwuje się szybki rozwój nowych metod leczenia łuszczycy. Nowe terapie, które są rejestrowane w tym wskazaniu, cechują się wysoką skutecznością i dobrym profilem bezpieczeństwa. Jednym z najbardziej przełomowych odkryć ostatnich lat dotyczących patogenezy łuszczycy było wykazanie roli interleukiny 17 (IL-17). Poznanie roli IL-17 w łuszczycy spowodowało opracowanie skutecznych metod terapeutycznych hamujących jej działanie. Iksekizumab jest monoklonalnym przeciwciałem blokującym działanie IL-17. W badaniach

## Wytyczne leczenia łuszczycy – teoria a praktyka w Polsce

Joanna Maj

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii  
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich  
we Wrocławiu

Łuszczycyca dzisiaj to nie tylko choroba skóry, lecz przede wszystkim ogólnoustrojowa choroba zapalna współistniejąca z licznymi zaburzeniami metabolicznymi, chorobą niedokrwienną serca, migotaniem przedsionków, miażdżycą, nadciśnieniem tętniczym, zakrzepowym zapaleniem żył oraz otyłością. Wczesne wykrycie łuszczycy oraz leczenie i monitorowanie jej przebiegu może być znaczące w profilaktyce

klinicznych z udziałem pacjentów z łuszczycą o nasileniu średnim do ciężkiego lek charakteryzował się bardzo wysoką skutecznością w zakresie zmian zarówno skórnych, jak i stawowych. U wielu pacjentów powodował całkowite ustąpienie ognisk chorobowych na skórze. Dużej poprawie ulegała także jakość życia chorych leczonych tym lekiem; zmniejszały się objawy depresyjne i lękowe. Miejmy nadzieję, że iksekizumab wkrótce zawita na nasz rynek farmaceutyczny i zostanie objęty refundacją.

---

## Łuszczycyca stawowa w Polsce i na świecie – jeden problem, różne rozwiązania

Witold Owczarek

Brak streszczenia.

---

## Łuszczycowe zapalenie stawów – praktyczne aspekty diagnostyki i terapii

Aleksandra Lesiak

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) jest przewlekłą chorobą zapalną stawów zaliczaną do grupy zapaleń stawów z zajęciem kręgosłupa, tzw. spondyloartropatii. Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) występuje u ok. 20–40% tych chorych, u pozostałych przeważa zapalenie stawów obwodowych. Zapalenie stawów zwykle współistnieje z łuszczycą skóry. Częstość występowania ŁZS wynosi ok. 0,05–0,2% populacji ogólnej, częstość występowania łuszczycy – 1–3%, a ŁZS może wystąpić u ok. 6–39% z nich. Mężczyźni i kobiety chorują jednakowo często. Głównymi objawami zapalenia stawów są ból i obrzęk. Początek choroby zwykle przypada między 35. a 55. rokiem życia. Zapalenie stawów może wyprzedzać łuszczycę skóry u ok. 15–20% pacjentów. W pozostałych przypadkach zapalenie stawów rozpoczyna się w różnie długim czasie po wystąpieniu łuszczycy lub jednocześnie z nią. Żeby rozpoznać zapalenie stawów, lekarz musi stwierdzić zapalenie błony maziowej i tkanek otaczających, zwykle z towarzyszącym wysiękiem w stawie. W wątpliwych przypadkach może być pomocne

wykonanie badania USG stawu, niekiedy rezonansu magnetycznego, ale te metody w życiu codziennym rzadko są konieczne i nie są zalecane każdemu choremu (raczej rzadko). Obrzękowi tkanek miękkich często towarzyszy wysięk w stawie. Ból i obrzęk często są niesymetryczne. Mogą występować również w miejscach przyczepów ścięgien do kości, np. bardzo często w okolicach przyczepu ścięgna Achillesa. Obrzęk i zaczerwienienie całych palców (tzw. *dactylitis*) powoduje, że palce przyjmują kształt kiełbaskowaty. Łuszczycowe zapalenie stawów jest potencjalnie ciężką chorobą, ale zwykle przebiega nieco łagodniej niż reumatoidalne zapalenie stawów. Najcięższą postacią jest postać okaleczająca, która może prowadzić do ciężkiego kalectwa. Czynnikiem tzw. niekorzystnymi rokowniczo są m.in. wczesny wiek zachorowania, płeć żeńska, obecność antygenu HLA-B27. Łuszczycowe zapalenie stawów jest zróżnicowaną chorobą i wymaga wielodyscyplinarnego podejścia. Leczenie powinno być wspólną decyzją chorego i lekarzy specjalistów dermatologa oraz reumatologa. W czasie wykładu zostaną przedstawione praktyczne aspekty diagnostyki i terapii ŁZS.

---

## Łuszczycyca – przełącz się na myślenie pacjenta

Jacek Szepietowski

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Łuszczycyca jest przewlekłą, nawrotową dermatozą zapalną dotyczącą 1–3% ogółu populacji. Ostatnio zwraca się uwagę na obecność ogólnoustrojowego stanu zapalnego, który przyczynia się do rozwoju szeregu zaburzeń wielonarządowych towarzyszących zmianom skórnym. Postrzeganie schorzenia przez środowisko medyczne warunkowane jest współczesną wiedzą dotyczącą patogenezы schorzenia oraz dostępnością, a przede wszystkim realnością, możliwości terapeutycznych. Zmienia się ono niewątpliwie wraz z poszerzaniem wiedzy o immunopatologii łuszczycy, a także wraz z dostępnością nowych opcji leczniczych. Skuteczny proces terapeutyczny warunkowany jest dobrą współpracą i współdziałaniem lekarza i samego chorego. Dlatego też tak istotne wydaje się zrozumienie potrzeb samych chorych, ich oczekiwań oraz nieustający dialog pomiędzy lekarzem a chorym. Zdarza się jednak, że w pędzie dnia codziennego środowisko medyczne narzuca pewne postępowania, uważając je za jedyne

śluszne, bez uwzględniania głosu chorego. Pojawia się więc zasadnicze pytanie, czy my, jako lekarze, postrzegamy łuszczycę inaczej niż sami pacjenci. Dostępne badania sugerują, że lekarza satysfakcjonuje uzyskanie 30-40% poprawy stanu zdrowia pacjenta w kontekście jego funkcjonowania mentalnego, fizycznego i środowiskowego. Chorzy jednak oczekują praktycznie całkowitej eliminacji zmian skórnych i to w bardzo krótkim czasie 1-2 tygodni. Ponadto zwrócono uwagę, że dla chorych najistotniejszym objawem choroby jest przewlekły świąd skóry, występujący u ok. 80% pacjentów z łuszczycą. Dodatkowo objaw ten chorzy uznają za najistotniejszy w ocenie nasilenia procesu łuszczycowego. My jednak powszechnie stosujemy do oceny nasilenia klinicznego łuszczycy skalę PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*), która to zupełnie nie uwzględnia obecności ani nasilenia doznania świadomego. Należy podkreślić, że łuszczycyca w sposób znamieny obniża jakość życia chorych, stygmatyzuje ich, prowadzi do rozwoju depresji, reakcji lękowych, a nawet myśli i prób samobójczych. Powinniśmy dążyć do jak najlepszego rozumienia potrzeb naszych chorych, powinniśmy „przełączyć się na myślenie pacjenta”, aby proces leczenia, z uwzględnieniem holistycznego podejścia, był jak najbardziej skuteczny. Z pewnością pomagają w tym nowe możliwości leczenia łuszczycy, w tym leki skierowane przeciwko interleukinie 17, których stosowanie umożliwia uzyskanie praktycznie całkowitej eliminacji skórnej manifestacji choroby u ok. 70% chorych, co jeszcze niedawno wydawało się mało realne.

---

## Łuszczycowe zapalenie stawów w praktyce dermatologicznej – nowe doświadczenia europejskie

Anna Wojas-Pelc

Brak streszczenia.

---

## Czy fototerapia nadal ma miejsce w leczeniu łuszczycy?

Joanna Narbutt

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w łodzi

Łuszczycyca jest przewlekłą, immunologiczną chorobą zapalną skóry o złożonej patogenezie. W jej rozwoju biorą udział liczne czynniki genetyczne, środowiskowe oraz immunologiczne. Wśród tych ostatnich istotną rolę odgrywają liczne komórki, w tym limfocyty T, keratynocyty, neutrofile, komórki prezentujące antygen, a nawet fibroblasty. Aktywacja limfocytów Th1/Th17, wydzielana interleukina 17, a także czynnik martwicy nowotworów  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) uznawane są za kluczowe zjawiska immunologiczne, a o ich faktycznym znaczeniu świadczą celowane leki biologiczne o wysokiej skuteczności klinicznej w łuszczycy. Promieniowanie ultrafioletowe UVB oraz UVA (w połączeniu z psoralenami) odgrywa od wielu lat istotną rolę w terapii łuszczycy. Potwierdzone jest działanie przeciwzapalne, immunosupresyjne i antyproliferacyjne promieni UV. Dodatkowo UVB indukuje apoptozę limfocytów i wpływa na limfocyty T regulatorowe. W ostatnich badaniach stwierdzono też wpływ UVB na IL-17 i ścieżkę przekazu wewnątrzkomórkowego TGF- $\beta$ 1/Smad3, co wskazuje na kolejne właściwości molekularne promieni UVB. Pacjentom chorującym na łuszczycę umiarkowaną, a także na łżejsze formy (PASI < 10) często proponowana jest fototerapia i jeśli przestrzegają oni zasad leczenia, to w większości przypadków uzyskują bardzo dobry efekt terapeutyczny. Dotyczy to również populacji dziecięcej oraz kobiet w ciąży. Podczas wykładu zostaną przedstawione najnowsze dane z piśmiennictwa dotyczące skuteczności promieniowania UVB w terapii łuszczycy oraz zostaną omówione najnowsze doniesienia z zakresu nowo poznanych mechanizmów działania UVR przyczyniających się do remisji zmian łuszczycowych.

---

## Zastosowanie kapilaroskopii w diagnostyce i leczeniu twardziny

Agnieszka Kęsiak, Sławomir Jeka

Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy

Twardzina układowa zaliczana jest do przewlekłych autoimmunologicznych chorób tkanki łącznej. Charakteryzuje się zmianami w zakresie mikrokrążenia, zaburzeniami ze strony układu immunologicznego oraz włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych. Wszystkie te czynniki wiążą się ze złym rokowaniem i skutkują skróceniem czasu przeżycia. Choć postawienie diagnozy w zaawansowanej postaci nie następuje trudności, właściwe rozpoznanie wczesnej postaci choroby może być wyzwaniem dla klinicysty.

Kapilaroskopia jest nieinwazyjną metodą badania morfologicznego mikrokrążenia. Jej dynamiczny rozwój obserwuje się od lat 70. XX wieku, kiedy to w pracy Hildegard Maricq wykazano, że u chorych na twardzinę układową stwierdza się charakterystyczną postać mikroangiopatii. W 2000 r. Cutolo i wsp. dokonali ponownej klasyfikacji opisanych już wcześniej zmian. Specyficzne zaburzenia z zakresu mikrokrążenia obserwowane u chorego na twardzinę umożliwiają wykrycie choroby we wczesnym stadium. Dodatkowo kapilaroskopia jest pomocna w ocenie progresji choroby, w przewidywaniu powstania niektórych jej powikłań, takich jak nadciśnienie płucne lub owrzodzenia palców, oraz pozwala monitorować skuteczność leczenia. Od 2013 r. wynik badania kapilaroskopowego wpisano na listę kryteriów klasyfikacyjnych twardziny. Prostota badania i jego niskie koszty sprawiają, że powinno być wykonywane u wszystkich chorych z objawem Raynauda i podejrzeniem twardziny układowej.

nowy (NADH), który jest koenzymem przenoszącym elektrony na łańcuch oddechowy, stanowi komórkowy marker funkcji mitochondriów. Nieprawidłowości dotyczące mitochondriów mogą być następstwem różnych zaburzeń. Dotychczas nie przeprowadzono badań funkcji mitochondriów w czasie rzeczywistym w skórze chorych na toczeń rumieniowaty układowy (SLE) i twardzinę układową (SS).

**Materiał i metodyka.** W badaniu została oceniona funkcja mitochondriów na podstawie nieinwazyjnego, przyżyciowego, w czasie rzeczywistym pomiaru fluorescencji zredukowanej postaci NADH w keratynocytach dolnych warstw naskórka wskutek zmian przepływu krwi w naczyniach krwionośnych skóry spowodowanych okluzją i następczą reperfuzją (ang. *flow mediated skin fluorescence* – FMSF), przy użyciu urządzenia pomiarowego AngioExpert.

**Wyniki.** Okluzja naczyń krwionośnych ramienia wywołana zaciskiem mankieta ciśnieniomierza powodowała wzrost fluorescencji NADH, która wyrażona jest parametrem LFR (ang. *low-flow response*) i tLFR (ang. *half time of LFR*). Następcza reperfuzja skutkowała zmniejszeniem fluorescencji NADH, wyrażonej parametrem HFR (ang. *high-flow response*) i tHFR (ang. *half time of HFR*). Stwierdzono istotnie mniejszą wartość LFR u chorych na SLE ( $p < 0,01$ ) w porównaniu z wynikami uzyskanymi w grupie kontrolnej zdrowych osób. U chorych na SS odnotowano mniejsze wartości zarówno LFR ( $p < 0,05$ ), jak i HFR ( $p < 0,01$ ) w porównaniu z grupą kontrolną. HFR był niższy w SS niż w SLE ( $p < 0,05$ ).

**Wnioski.** Otrzymane wyniki wskazują, że pomiar fluorescencji NADH metodą FMSF jest użytecznym, nieinwazyjnym, przyżyciowym, przeprowadzanym w czasie rzeczywistym sposobem monitorowania funkcji mitochondriów dolnych warstw naskórka. Wydaje się, że różnica stwierdzona w wynikach fluorescencji NADH pomiędzy SLE a SS odzwierciedla odmienną patogenezę wymienionych chorób.

## Zmienność fluorescencji zredukowanej formy koenzymu NADH w toczeniu rumieniowatym i twardzinie układowej

Anna Woźniacka, Kamila Tokarska, Jarosław Bogaczewicz

Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Wprowadzenie.** Prawidłowe funkcjonowanie mitochondriów jest niezbędne w utrzymaniu homeostazy komórkowej. Dinukleotyd nikotynoamidoadeni-

## Leczenie owrzodzeń palców w przebiegu twardziny układowej w dobie EBM – przegląd systematyczny z metaanalizą

Mariusz Sikora, Patrycja Gajda, Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**Wprowadzenie.** Owrzodzenia palców stanowią jeden z częstszych objawówaskulopatii w przebie-

gu twardziny układowej. Ich występowanie wiąże się ze znacznym obniżeniem jakości życia pacjentów.

**Cel pracy.** Przeprowadzenie przeglądu systematycznego z metaanalizą podsumowującego wyniki badań dotyczących leczenia i profilaktyki owrzodzeń palców w twardzinie układowej.

**Materiał i metodyka.** W celu identyfikacji odpowiednich badań przeszukano bazy PubMed, EMBASE, Scopus, Cochrane od stycznia 1977 do stycznia 2017 r. Analizę statystyczną przeprowadzono z zastosowaniem zestawu medycznego programu Statistica.

**Wyniki.** Znaleziono 39 badań, które spełniały kryteria włączenia do metaanalizy. Największą skutecznością w leczeniu owrzodzeń palców charakteryzują się dożylnie wlewy prostaglandyn (RR = 1,39, 95% CI: 1,14–1,70,  $p < 0,005$ ). Podawane doustnie inhibitory fosfodiesterazy typu 5 oraz antagoniści receptora dla endoteliny 1 nie przyspieszały gojenia owrzodzeń, jednak miały istotny wpływ na profilaktykę wystąpienia nowych. Nie stwierdzono skuteczności pentoksyfiliny, inhibitorów konwertazy angiotensyny, terapii przeciw płytkowej, acetylocysteiny oraz miejscowych donorów tlenu azotu.

**Wnioski.** Dożylnie wlewy analogów prostaglandyn są aktualnie najlepszą metodą przyspieszającą gojenie owrzodzeń palców w twardzinie układowej. Konieczne są dalsze badania, zwłaszcza oceniające skuteczność i bezpieczeństwo terapii łączonej lekami wazoaktywnymi.

gólnie często i są nierzadko pierwszymi dostrzegalnymi ich objawami. Stąd też znajomość ich obrazów klinicznych ma duże znaczenie w praktyce dermatologicznej. W przebiegu układowych zapaleń naczyń zmiany skórne są najczęściej wynikiem zapalenia drobnych naczyń i mają wtedy postać plamicy uniesionej lub pokrzywki naczyniowej. Szczególnie często plamicę uniesioną spotyka się w plamicy Schönleina-Henocha, która jest zapaleniem naczyń związanym z występowaniem złożeń IgA. Plamica uniesiona jest też częstym objawem zapalenia naczyń związanego z krieglobulinemią, natomiast pokrzywka naczyniowa stanowi najczęstszy i zwykle pierwszy objaw pokrzywkowego zapalenia naczyń z hipokomplementem. Mogą też występować rozplywne zapalenia tkanki podskórnej oraz tkliwe guzki i owrzodzenia przypominające piodermię zgorzelinową, co z kolei często widzimy w ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń. Jeśli dochodzi do zapalenia średnich naczyń, to w skórze stwierdza się zwykle owrzodzenia, zawały w obrębie palców, guzki lub *livedo reticularis*. Takie obrazy kliniczne występują często w przebiegu guzkowego zapalenia tętnic. W chorobie Behçeta dochodzi natomiast do układowego zapalenia zarówno naczyń małych, jak i średnich oraz dużych, czego wyrazem są między innymi nawracające aftowe owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej i narządów płciowych.

## Skórne objawy układowych zapaleń naczyń w praktyce dermatologicznej

Romuald Maleszka

Katedra i Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

W praktyce klinicznej w chorobach związanych z zapaleniem naczyń zajęcie naczyń skóry jest najczęściej spotykanym objawem naczyniowym. Są to zwykle objawy wtórnego zapalenia naczyń rozwijające się w przebiegu reakcji polekowych, układowych chorób tkanki łącznej lub chorób infekcyjnych, gdzie niekiedy występuje wtórne leukocytoklastyczne zapalenie naczyń skóry. W przebiegu niektórych pierwotnych układowych zapaleń naczyń, takich jak plamica Schönleina-Henocha, zespół Churg-Strauss, ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (ziarniniak Wegenera) czy mikroskopowe zapalenie naczyń, zmiany w obrębie skóry występują szcze-

## Charakterystyka kliniczna pacjentów z zapaleniem naczyń pojedynczego narządu (skóry) – próba identyfikacji czynników wpływających na niekorzystny przebieg schorzenia

Maciej Pastuszczak, Anna Wojas-Pelc

Katedra Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum* w Krakowie

**Wprowadzenie.** Leukocytoklastyczne zapalenie naczyń (ang. *leukocytoclastic vasculitis* – LCV) może się manifestować jako łagodne, ograniczone do skóry schorzenie lub być jedynie dermatologicznym objawem zagrażającego życiu systemowego zapalenia naczyń. Zgodnie z konsensusem z Chapel Hill z 2012 r. LCV z objawami ograniczonymi do skóry powinno być klasyfikowane jako zapalenie naczyń pojedynczego narządu (skóry) (ang. *single-organ cutaneous small vessel vasculitis* – SoCSVV). Z tego też powodu każdy pacjent z objawami LCV powinien

być poddany szczegółowej ocenie pod kątem zajęcia narządowego w przebiegu zapalenia naczyń. Dotychczas SoCSVV jest słabo scharakteryzowaną jednostką chorobową. Nieliczne dane z piśmiennictwa sugerują, że schorzenie w większości przypadków ma charakter łagodny i nie wymaga agresywnego leczenia. Może się jednak wiązać z częstymi nawrotami i powikłaniami, takimi jak tworzenie owrzodzeń skóry. Nawroty choroby i owrzodzenia są źródłem niepokoju pacjentów, wiążą się z koniecznością częstszych wizyt lekarskich, hospitalizacją i absencją chorobową w pracy. Z tego powodu szczególnie ważną wydaje się próba charakterystyki pacjentów z SoCSVV i podwyższonym ryzykiem wystąpienia powikłań. Interesująca jest również odpowiedź na pytanie, czy wcześniejsze, bardziej agresywne leczenie (np. systemowymi steroidami) zmniejsza ryzyko nawrotów i powstawania owrzodzeń.

**Cel pracy.** Analiza danych klinicznych i laboratoryjnych pacjentów hospitalizowanych z powodu LCV w Klinice Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum* w Krakowie w latach 2010–2015.

**Materiał i metodyka.** Kryteria rozpoznania SoCSVV spełniło 24 pacjentów. W 40% przypadków ustalono tło polekowe wystąpienia zmian, 20% przypadków było zainicjowanych poprzedzającą infekcją górnych dróg oddechowych.

**Wyniki.** U 40% pacjentów w leczeniu zastosowano systemowe glikokortykosteroidy, co wiązało się z istotnie szybszym ustępowaniem zmian skórnych w porównaniu z chorymi leczonymi miejscowymi steroidami i/lub lekami antyhistaminowymi. U ponad połowy chorych zidentyfikowano współwystępowanie innych niż plamica uniesiona zmian skórnych, tj. plam, zmian o typie pokrzywki naczyniowej, owrzodzeń. W modelu regresji wielorakiej wykazano, że współwystępowanie plam na skórze pacjentów z SoCSVV jest niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia owrzodzeń (OR = 16, 95% CI: 1,5–176,6,  $p = 0,0075$ ). Jedna czwarta pacjentów z SoCSVV doświadczyła nawrotów choroby w 6-miesięcznej obserwacji. Częstość nawrotów nie była związana ze sposobem leczenia pierwszego epizodu (steroidy systemowe *vs* steroidy miejscowe). Z ryzykiem nawrotu istotnie korelowała natomiast rozległość zajęcia skóry przez zmiany o typie uniesionej plamicy (OR = 5, 95% CI: 2–45,  $p = 0,02$ ).

---



## Trądzik różowaty – odwieczny problem lekarza praktyka

Ewa Chlebus

Klinika NOVADERM w Warszawie

Trądzik różowaty jest częstą, długotrwałą i utrudniającą codzienne życie chorobą skóry. Zadaniem lekarza prowadzącego pacjentów z trądzikiem różowatym jest nie tylko ustalenie terapii w okresie ostrym choroby, lecz także dobór leków w okresie remisji i zaproponowanie właściwej pielęgnacji skóry. Jest to schorzenie, w którym prawidłowe leczenie zarówno ogólne, jak i zewnętrzne, a także wskazanie odpowiednich kosmetyków i zabiegów wyraźnie zmniejsza liczbę i ciężkość nawrotów. Trzy publikacje stały się pewnego rodzaju przełomem w terapii trądziku różowatego. W 2002 r. zespół ekspertów zajmujących się trądzikiem różowatym ogłosił nowy podział kliniczny tego schorzenia. Drugą ważną publikacją to zalecenia grupy ekspertów międzynarodowych (ROSIE), która proponuje trzystopniową opiekę nad pacjentami z trądzikiem różowatym. Trzecią grupę badań stanowią nowe dane o etiopatogenezie tej choroby i głównej roli przeciwbakteryjnego peptydu katelicyny i jego aktywatora kalikreiny 5 w nasilonej odpowiedzi immunologicznej. Pomimo uporządkowania wiedzy choroba ta ciągle jest wyzwaniem dla lekarza praktyka. W codziennej praktyce dermatologicznej zadawane są pytania, czy leczyć zgodnie z obrazem klinicznym, czy raczej dostosować terapię do podtypu *rosacea*. Metoda terapii stanowi prawdziwe wyzwanie w prowadzeniu pacjenta z trądzikiem różowatym. Długość leczenia, częstość nawrotów, a przede wszystkim bardzo często zła tolerancja stosowanych środków stanowią problem w trakcie prowadzenia terapii. Bardzo ważnym etapem jest terapia podtrzymująca w czasie remisji. Aż u 25% pacjentów występują nawroty po leczeniu doustnym. W celu utrzymania remisji poza terapią miejscową, która trwa najczęściej ok. 6 miesięcy, stosuje się procedury zabiegowe. W ostatnich latach największym problemem stała się skóra wrażliwa, która występuje bardzo często u naszych pacjentów. Nawroty i zaostrzenia choroby zależą od alergii z podrażnienia i alergii kontaktowej.

## Znaczenie laseroterapii w leczeniu trądziku różowatego

Barbara Pytrus

Gabinet Dermatologii Leczniczej i Laserowej „Platinum” we Wrocławiu

Trądzik różowaty jest powszechnie znanym zapalnym schorzeniem o przewlekłym przebiegu, którego patofizjologia wciąż nie do końca jest jasna.

Zmiany i nieprawidłowości naczyniowe w obrębie skóry twarzy stanowią cechę dominującą trądziku różowatego, szczególnie postaci rumieniowo-teleangiektatycznej. Występowanie napadowego zaczerwienienia, rumienia oraz rozszerzonych naczyń stanowi istotny problem medyczny oraz kosmetyczny. Skóra naczyniowa cechuje się łatwością zaczerwienienia, która ma ścisły związek ze wzmożoną reaktywnością, co jest wynikiem reakcji zapalnej, jaka zostaje uruchomiona w obrębie śródbłonek drobnych naczyń. Jako pierwszy objaw pojawia się rumień, który początkowo ma charakter przejściowy, a z czasem staje się utrwalaony. Następnie występują rozszerzone naczynia krwionośne – teleangiektazje – lub może dojść do przerostu tkanki łącznej i powstania np. guzowatości nosa. Laserowe leczenie zmian naczyniowych opiera się na metodzie selektywnej fototermolizy zaproponowanej przez Andersona i Parrisha w 1983 r. Celem działania światła w zmianach naczyniowych jest hemoglobina obecna w naczyniach krwionośnych. Poprzez odpowiednio dobraną długość fali, czas trwania impulsu i gęstość energii wybrane chromofory ulegają zniszczeniu. Po absorpcji energii z wiązki światła laserowego przez hemoglobinę dochodzi do miejscowego podwyższenia temperatury w obrębie naczyń krwionośnych, co prowadzi do miejscowej koagulacji naczyń i ich zamknięcia. Światło pochłaniane przez hemoglobinę zamieniane jest następnie w energię cieplną i niszczy zmiany naczyniowe, nie uszkadzając skóry zdrowej (tkanek otaczających). Rodzaj zabiegu, częstotliwość oraz całą procedurę zabiegową ustala indywidualnie lekarz w zależności od przypadku, rodzaju problemu – rumień czy teleangiektazje, jego nasilenia oraz czasu trwania i stopnia zaawansowania choroby. Po zabiegach laserowych następuje poprawa właściwości termoregulacyjnych naczyń krwionośnych na twarzy, co w konsekwencji zmniejsza wrażliwość tych naczyń na czynniki zewnętrzne (temperaturę, wiatr, słońce, mróz itd.). Teleangiektazje na twarzy dobrze reagują na leczenie większością laserów emitujących promieniowanie pochłaniane przez hemoglobinę, natomiast zmiany rumieniowe najlepiej reagują na IPL – impulsowe źródła światła. Postęp technologiczny pozwolił stworzyć lasery emitujące

ce energię o większym profilu bezpieczeństwa oraz o długości fali preferencyjnie wychwytywanej przez przepływającą krew. Poprawę objawów skórnych uzyskuje się średnio po ok. 4–6 miesiącach, najlepiej przy zastosowaniu metody kombinowanej – połączeniu IPL i lasera.

---

## Nowe możliwości leczenia trądziku

Andrzej Kaszuba

Brak streszczenia.

---

## Zastosowanie iwermektyny w dermatologii

Wioletta Barańska-Rybak

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

22,23-dihydroawermektyna B1 jest semisyntetycznym antybiotykiem laktonowym, będącym pochodną awermektynową ze zmodyfikowanymi węglami C22,23. Ma silne właściwości przeciwpasożytnicze zależne od stężenia. Działanie to polega na otwarciu glutaminozależnych kanałów chlorkowych obecnych w komórkach nerwowych i mięśniowych pasożytów, co indukuje nagły wypływ tych jonów i w konsekwencji hiperpolaryzację komórek. W następstwie tego dochodzi do dysfunkcji układu nerwowego i mięśniowego, porażenia pasożyta i jego śmierci. Iwermektyna 1% w kremie jest zalecana w grudkowo-krostkowej postaci trądziku różowatego ze względu na właściwości przeciwzapalne i aktywność przeciwpasożytniczą w stosunku do *Demodex folliculorum*, odgrywającego istotną rolę w grudkowo-krostkowej postaci *rosacea*. Działanie przeciwzapalne leku opiera się na hamowaniu produkcji cytokin prozapalnych (TNF- $\alpha$  oraz IL1b) oraz stymulacji syntezy cytokin przeciwzapalnych (IL-10). Stosowana w dawkach terapeutycznych iwermektyna nie powoduje wydłużenia odcinka QT i zaburzeń rytmu (*torsades de pointes*). Maksymalne jej stężenie w surowicy osiągnęte jest 10 godzin po zastosowaniu na skórę. Nie stwierdzono kumulacji systemowej w ciągu 52 tygodni aplikacji 1 raz dziennie. W prezentacji przedstawione zostaną możliwości zastosowania iwermektyny w różnych chorobach skóry.

---

## Chłoniaki pierwotnie skórne u dzieci – postępowanie

Małgorzata Sokołowska-Wojdyło

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Chłoniaki pierwotnie skórne u dzieci to rzadkość. Do najczęstszych zalicza się ziarniniaka grzybiastego (*mycosis fungoides* – MF) oraz *lymphomatoid papulosis* (LyP). Objawy MF u dzieci są typowe lub przypominają bielactwo, ale opisano również odmiany z przebarwieniami, typu rybiej łuski, poikilodermiczną, pilotropową, typu łupieżu różowego, a także o lokalizacji śluzówkowej (w jamie ustnej). Przebieg choroby w większości przypadków jest łagodny, choć znane są pojedyncze przypadki rozwoju guzów. Odmiana folikulotropowa MF u dzieci może mieć łagodny przebieg (nie jak u dorosłych) i bywa nazywana skórną dyskrazją T-komórkową. *Lymphomatoid papulosis* u dzieci obejmuje najczęściej podtypy A, B oraz C i może ulegać całkowitej remisji. Oprócz możliwego rozwoju innej limfoproliferacji, co wymusza czujność onkologiczną, LyP może współistnieć z atopowym zapaleniem skóry – nawet w 1/3 przypadków. Pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny wielkokomórkowy CD30+ (PC-ALCL) u dzieci charakteryzuje się bardzo dobrym rokowaniem. Co ciekawe, w przeciwieństwie do dorosłych, u których postać pierwotnie skórna jest ALK-, u dzieci opisano przypadki ALK+ PCALCL ograniczone do skóry, z całkowitą remisją i bardzo dobrym rokowaniem. Do rzadszych podtypów chłoniaków należą m.in. odmiana typu *panniculitis* (opisana nawet u 4-miesięcznego dziecka) o bardzo dobrym rokowaniu i zaskakujących zaleceniach terapeutycznych (sterydy i cyklosporyna A), chłoniak T-komórkowy obwodowy nieokreślony. Jeszcze rzadziej spotyka się chłoniaki pierwotnie skórne B-komórkowe. W naszej klinice były leczone lub konsultowane przypadki LyP u kilkuletnich dzieci, a także MF postaci z hipo- i hiperpigmentacją u 10-latki, postaci klasycznej MF u 16-latki. Największe kontrowersje budzi dziewczynka 14-letnia z ciężkim atopowym zapaleniem skóry leczona przez rok cyklosporyną A (z początkową poprawą, później bez), u której w 3 kolejnych wycinkach skóry w badaniu histopatologicznym sugerowano MF lub chłoniaka T układuowego, w badaniu immunofenotypizacji krwi obwodowej stwierdzono utratę CD7 i CD26 oraz obecność komórek limfoidalnych przypominających komórki Sezary'ego, a wartość LDH przekroczyła 500. Po wycofaniu CyA, wdrożeniu na początku prednizonu (bez poprawy), metotreksatu, później fototerapii i ciepłej obserwacji parametry morfologii krwi uległy normalizacji,

a skóra ma aktualnie cechy typowe dla atopowego zapalenia skóry.

W dyskusji zostaną omówione nie tylko postępowanie w CTCL u dzieci, lecz także diagnostyka i leczenie u pacjentów poddanych immunosupresji, u których dochodzi do limfoproliferacji lub rozrostów typu *pseudolymphoma*.

## Markery diagnostyczne i prognostyczne w ziarniniaku grzybiastym

Alina Jankowska-Konsur

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii  
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Mimo znacznego postępu w ostatnich latach diagnostyka ziarniniaka grzybiastego (MF), jak również prognozowanie jego przebiegu pozostaje wyzwaniem dla dermatologów, hematologów i patomorfologów. Szczególnym problemem jest diagnostyka różnicowa wczesnych postaci MF i łagodnych zapalnych dermatoz, takich jak łuszczyca zwykła czy wyprysk rozsiany. W diagnostyce różnicowej tych schorzeń pomocny jest algorytm proponowany przez *International Society of Lymphoma*, w którym oceniane są specyficzne cechy kliniczne, histopatologiczne, immunofenotypowe oraz molekularne. Wśród ogólnie dostępnych badań znaczenie prognostyczne ma badanie morfologii krwi obwodowej z rozmazem. Leukocytoza i eozynofilia bezwzględna są złymi czynnikami rokowniczymi i wiążą się z bardziej zaawansowanym stadium MF, jak również z krótszym czasem przeżycia. Ciężka cytopenia może jednak być oznaką zajęcia szpiku w przebiegu MF. Podobnie zmniejszenie liczby limfocytów CD8+ może świadczyć o bardziej agresywnym przebiegu choroby. W badaniach biochemicznych podwyższone stężenie dehydrogenazy mleczanowej (LDH) koreluje ze stopniem zaawansowania i agresywnym przebiegiem choroby, a dodatkowo może być markerem transformacji wielkokomórkowej w przebiegu MF. Wzrost dostępności badań immunohistochemicznych spowodował, że stały się one nieodłączną częścią diagnostyki MF. Jedną z charakterystycznych cech nacieków złośliwych w MF jest spadek lub utrata jednego lub więcej markerów komórek T. Najczęściej obserwuje się utratę CD7 oraz rzadziej CD5. Inne oznaczenia immunohistochemiczne dotyczą markerów angio- i limfangiogenezy, takich jak SOX18, CD31, podoplanina oraz rodzina VEGF, których ekspresja koreluje ze stopniem zaawansowania

MF. W diagnostyce rozrostów złośliwych wykorzystuje się również badanie klonalności receptora TCR, jednak rezultaty takiej analizy mogą być jedynie częścią procesu diagnostycznego, ponieważ pozytywne wyniki obserwowane są również w innych procesach limfoproliferacyjnych (dyskrazje limfoidalne). W ostatnim czasie także badania nad czynnikami genetycznymi i epigenetycznymi wskazują na ich potencjalne znaczenie w diagnostyce i rokowaniu w MF. Opublikowano obiecujące dane na temat takich czynników, jak SATB1, Fas czy TOX, a także mikroRNA – jednoniciowych cząsteczek RNA regulujących ekspresję innych genów, a nadchodzące lata przyniosą prawdopodobnie odpowiedź dotyczącą ich użyteczności w pracy przy łóżku pacjenta.

## Trudne przypadki diagnostyczne – znaczenie biopsji w dermatologii onkologicznej

Joanna Czuwara

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Jednym z podstawowych narzędzi diagnostycznych w dermatologii jest biopsja diagnostyczna stosowana w chorobach zapalnych, rumieniowych, rozrostowych czy nowotworowych. Z punktu widzenia dermatologa wiadomo, że nie pobiera on wycinków ze zdrowej skóry i że istnieje wiele chorób niewykazujących zmian patologicznych bez dodatkowych barwień. Określa się je mianem *invisible dermatosis*. Obejmują one przykładowo bielactwo, znamiona łącznotkankowe, pokrzywkę barwnikową, *notalgia parasthetica*, przyłuszczykę drobnoogniskową, grzybicę skóry gładkiej, porokeratozę na uszkodzonej słońcem skórze, melanomę *in situ* macierzy paznokcia. W diagnostyce tych chorób bardzo ważne jest, co napisze w podejrzeniu klinicysta i jakich starań dołoży patolog przy konsultacji. Wiele rozpoznań ustala się na podstawie korelacji kliniczno-patologicznej. Szerokim zagadnieniem w patologii skóry są tzw. imitatory (ang. *mimickers*). Należą do nich wczesny *angiosarcoma*, *Kaposi sarcoma*, choroba Pageta, czerniak *in situ*, *lentigo maligna* czy guzy skórne o wrzecionowatym kształcie komórek, jak w *dermatofibrosarcoma protuberans*. Wymienione przykłady świadczą o tym, że imitatory dotyczą rozpoznań ważkich, związanych z transformacją nowotworową komórek.

Istnieją publikacje ukazujące ważną rolę dermatologów w diagnostyce nowotworów skóry. Celem pracy jest przedstawienie przypadków, w których

biopsja zdecydowała o właściwym leczeniu, a jej brak pogorszył rokowanie. Przedstawimy analizę obrazu klinicznego, wywiadu, dermoskopii i histopatologii czerniaków bezbarwnikowych, czerniaka macierzy paznokcia, naciekających raków podstawonokomórkowych, mięsaka Kaposiego oraz choroby Pageta. Przedstawione przypadki podkreślają znaczenie biopsji dla ustalenia rozpoznania. Dotychczas nie stwierdzono, aby biopsja diagnostyczna zmian nowotworowych pogarszała ich rokowanie.

## Air pollution – czy ma znaczenie w onkologii skóry?

Katarzyna Nowacka<sup>1,2</sup>, Maciej Nowacki<sup>3</sup>,  
Wojciech Zegarski<sup>3</sup>, Barbara Zegarska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

<sup>3</sup>Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

W ostatnim roku zjawisko smogu i zanieczyszczenia powietrza stało się szczególnie dostrzegalne na świecie, także w Polsce. Ten bardzo ważny dodany czynnik negatywny towarzyszący rozwojowi cywilizacyjnemu jest już od wielu lat zauważamy przez środowisko naukowe różnych dyscyplin i dziedzin. Do ważnych aspektów badań należy wpływ smogu i zanieczyszczenia powietrza na zdrowie człowieka. Bardzo duży udział w tego typu projektach badawczych ma także ocena współzależności promieniowania słonecznego i zanieczyszczenia powietrza. Te dwa czynniki mają szczególny wpływ, jak wynika z wielu analiz, na proces nowotworzenia w obrębie skóry. Sytuacja ta wiąże się z faktem, że dotychczas stwierdzono ok. 2800 różnych związków systematycznie przedostających się do powietrza atmosferycznego każdego dnia. Celem pracy była analiza i ocena wpływu zanieczyszczenia powietrza i promieniowania UV w zakresie tego: 1) co już wiemy, 2) jakim działaniem dysponujemy, 3) jakie są prognozy na przyszłość. W pracy przedstawiono szczegółową analizę danych z najnowszego, opublikowanego piśmiennictwa w zakresie wpływu obu czynników na zjawisko kancerogenezy w ujęciu dermatologicznym.

## Trendy występowania raka podstawnokomórkowego i kolczystokomórkowego w centralnej Polsce – analiza retrospektywna danych epidemiologicznych z lat 1999–2015

Magdalena Ciężyńska<sup>1</sup>, Joanna Narbutt<sup>2</sup>,  
Anna Woźniacka<sup>3</sup>, Aleksandra Lesiak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Dermatologiczne przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>3</sup>Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Wprowadzenie.** Najczęstszymi zmianami nowotworowymi skóry są rak podstawnokomórkowy (ang. *basal cell carcinoma* – BCC) oraz rak kolczystokomórkowy (ang. *squamous cell carcinoma* – SCC) określane wspólnym mianem nieczerniakowych raków skóry (ang. *non melanoma skin cancer* – NMSC). Szacuje się, że częstość występowania tych zmian w ostatnich latach wzrasta bardzo dynamicznie. Większość prowadzonych badań epidemiologicznych odnosi się do całej grupy NMSC. Krajowe rejestry chorób nowotworowych także nie uwzględniają odrębnego podziału nowotworów skóry na ich poszczególne typy. Jedynie czerniak otrzymał osobny kod w klasyfikacji ICD-10, przez co prowadzone wykazy częstości występowania tej konkretnej jednostki chorobowej są najbardziej zbliżone do faktycznych danych. Ze względu na wspólne ujęcie BCC i SCC z innymi rzadkimi chorobami nowotworowymi skóry dane dla całej grupy NMSC ze względu na odmienną etiologiczną, genetyczną, kliniczną, jak również różną rokowanie są trudne do interpretacji.

**Cel pracy.** Retrospektywna analiza chorych z rozpoznaniem BCC i/lub SCC ze szczególnym uwzględnieniem wieku, płci pacjentów oraz lokalizacji zmian.

**Materiał i metodyka.** Do badania włączono 1068 pacjentów (459 mężczyzn i 609 kobiet), którzy w latach 1999–2015 byli diagnozowani i leczeni z powodu BCC i/lub SCC w Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

**Wyniki.** W latach 1999–2015 stwierdzono 1126 przypadków BCC i/lub SCC u 1068 chorych. Zaobserwowano stopniowy wzrost zachorowalności na oba nowotwory do 2010 r., która w ciągu następnych 3 analizowanych lat nieznacznie się obniżyła i utrzymuje się na stałym poziomie. Wykazano, że oba typy nowotworów występują najczęściej u chorych po 70. roku życia, a ich lokalizacja zależy od wieku pacjentów. Zmiany w obrębie głowy i szyi są charakte-

rystyczne dla osób w podeszłym wieku, podczas gdy zmiany zlokalizowane na częściach ciała osłoniętych przed światłem występują znacznie częściej u osób poniżej 45. roku życia. Badanie przedstawia charakterystyczne różnice epidemiologiczne między tymi typami nowotworów skóry.

**Wnioski.** Potwierdzono utrzymującą się wysoką zachorowalność na BCC i SCC w naszej populacji. Zmiany te stanowią nie tylko istotny problem natury zdrowotnej i estetycznej, lecz także – ze względu na często wielodyscyplinarne podejście – ważny problem ekonomiczny. Dlatego zasadne jest tworzenie badań epidemiologicznych uwzględniających indywidualne zachorowania na BCC i SCC oraz propagowanie wiedzy dotyczącej profilaktyki zachorowalności na nowotwory skóry, aby podkreślić skalę problemu, z jakim mamy do czynienia.

## Ocena zastosowania przeszczepów skóry pełnej grubości w leczeniu dzieci z dużymi i olbrzymimi znamionami

Orest Szczygielski, Maria Boczar, Łukasz Wieprzowski,  
Włodzimierz Piwowar, Ewa Sawicka

Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

**Wprowadzenie.** Wrodzone olbrzymie znamię barwnikowe to nieprawidłowość rozwojowa skóry o charakterze hamartomy neuroektodermalnej. Wada powstaje między 5. a 25. tygodniem ciąży. Częstość jej występowania wynosi 1 : 200 000 – 1 : 500 000 urodzeń.

**Cel pracy.** Ocena wyników leczenia dużych i olbrzymich znamion barwnikowych u dzieci z zastosowaniem wolnych przeszczepów skóry pełnej grubości.

**Materiał i metodyka.** W Klinice Chirurgii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w latach 2008–2014 leczono operacyjnie 30 dzieci z olbrzymimi i dużymi znamionami barwnikowymi. Oceniono: anatomiczną lokalizację znamienia barwnikowego, miejsca pobrania przeszczepu skórnoego, wiek, w którym operowano dziecko, liczbę operacji przeszczepu skóry i odległy wynik kosmetyczny.

**Wyniki.** Wśród 30 pacjentów z dużymi i olbrzymimi znamionami barwnikowymi zmiany w obrębie twarzoczaszki stwierdzono u 13 (43,3%), na tułowiu i kończynach górnych u 12 (po 20%), na kończynach dolnych u 3 (10%); u 2 dzieci (6,7%) występowało znamię „kąpielowe”. Wiek dzieci w chwili wykonania pierwszej operacji przeszczepu skóry wynosił od 1 miesiąca do 7 lat. Przeszczep skóry pobierano z podbrzusza (21 dzieci – 70%), z okolicy zausznej

(6 – 20%). U 2 dzieci (znamie „kąpielowe” i okrężne przedramienia) dodatkowo pobierano przeszczep z okolicy pleców. Łącznie pobrano 46 przeszczepów skóry; u 4 dzieci przeszczepy skóry były pobierane co najmniej 3 razy. Dobry wynik kosmetyczny i funkcjonalny w odległej obserwacji (minimum 1,5 roku od operacji) uzyskano u 19 (63,3%) dzieci. U 2 pacjentów z okrężnymi znamionami przedramienia wystąpiły rozległe bliznowce wymagające wycięcia po nieskutecznym leczeniu zachowawczym. Blizny płaszczynowe w wyniku częściowej autolizy przeszczepu stwierdzono u 2 (6,7%) dzieci. U 1 (3,3%) pacjenta obserwowano owłosienie w miejscu wgojonego przeszczepu. W jednym przypadku miejsce po usunięciu znamienia okolicy ciemieniowo-potylicznej pokryto nieowłosionym przeszczepem. Drobne defekty kosmetyczne przy dobrym wyniku funkcjonalnym stwierdzono u 5 dzieci.

**Wnioski.** Leczeniem z wyboru olbrzymich i dużych znamion barwnikowych w zależności od lokalizacji i rozmiarów jest wycięcie całkowite lub częściowe zmiany z pokryciem ubytku przeszczepem skóry. W większości przypadków wyniki leczenia są dobre lub zadowalające. Najczęściej obserwowanymi powikłaniami są bliznowce (w przypadku znamion okrężnych kończyn) lub rozległe blizny płaszczynowe będące następstwem częściowej autolizy przeszczepów skórnych.

---

## Wpływ fitoestrogenów na skórę

Mariola Marchlewicz<sup>1</sup>, Ewa Duchnik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Dermatologii Estetycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Skóra jest narządem, którego budowa i funkcja zależą od wpływu hormonów – androgenów i estrogenów. Fitoestrogeny to związki zawarte w roślinach o heterocyklicznej budowie, podobnej do estrogenów. Reagując z receptorami estrogenowymi  $\alpha$  i  $\beta$ , mogą działać na organizm człowieka. Działanie to jest jednak wielokrotnie słabsze od estrogenów, co umożliwia ich zastosowanie u kobiet z przeciwwskazaniami do terapii estrogenami. Dostępne dane z piśmiennictwa wskazują na negatywny wpływ estrogenów na metabolizm skóry samców (np. opóźnienie gojenia ran). Z kolei istnieją doniesienia, że fitoestrogeny o działaniu słabych estrogenów mogą mieć korzystny wpływ na skórę u płci męskiej. Budzi to w ostatnim czasie duże zainteresowanie badaczy. Stwierdzono, że fitoestrogeny mogą również brać udział w regulacji różnych procesów biochemicznych, niezależnie od receptora estrogenowego, wykazując tzw. działanie epigenetyczne. Badania z ostatnich lat wskazują, że dieta bogata w fitoestrogeny może wywierać pozytywne działanie na wiele układów i narządów w ludzkim organizmie. Fitoestrogeny uczestniczą zarówno w regulacji procesów fizjologicznych, jak i patologicznych poprzez wpływ na metabolizm, układ rozrodczy, kostny, sercowo-naczyniowy, nerwowy, immunologiczny, a także na skórę. Uważa się, że nie tylko estrogeny, lecz także fitoestrogeny, w tym izoflawony sojowe (daidzeina, genisteina) i ich metabolity, stosowane zarówno systemowo, jak i miejscowo mogą opóźnić proces starzenia skóry, co wpływa na fibroblasty – stymulują syntezę kwasu hialuronowego, kolagenu i białek macierzy pozakomórkowej lub też hamuje procesy degradacji składników macierzy pozakomórkowej. Opublikowane wyniki badań potwierdzają, że fitoestrogeny mogą przywracać prawidłową grubość naskórka, wywierać pozytywny wpływ na budowę połączenia skórno-naskórkowego, syntezę włókien kolagenowych i elastycznych, unaczynienie skóry, mieć działanie przeciwzapalne, antyoksydacyjne, wpływać korzystnie na proces gojenia ran oraz spowalniać proces fotostarzenia skóry.

## Megaliposukcja

Andrzej Przyłipiak

Samodzielna Pracownia Medycyny Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Rekomendacje dotyczące zabiegów liposukcji zostały zredagowane przez Amerykańskie Towarzystwo Dermatologiczne w 2000 r. Ustalono, że 4,5 l objętości tłuszczu w aspiracie jest górną granicą standardowej operacji liposukcji. Powyżej tej granicy można wykonywać tylko zabiegi mające charakter eksperymentalny. Istnieje klasyfikacja dotycząca liposukcji ponadlimitowych. Według tej klasyfikacji *large volume liposuction* wynosi 4,5–8 l, megaliposukcja 8–12 l, natomiast gigaiposukcja – 12–25 l tłuszczu w aspiracie podczas jednej sesji. Wydaje się, że pojęcie megaliposukcji jest jedynym, które osadziło się w świadomości społecznej i jest używane zastępczo dla określenia wszystkich liposukcji ponadstandardowych. Ich wykonywanie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem i wymagają one specjalnych umiejętności operatora, specjalnego wyposażenia zaplecza oraz zapewnienia rozszerzonego zaopatrzenia medycznego. Wraz ze wzrostem objętości odesanej tkanki wzrasta także ryzyko wystąpienia powikłań okołozabiegowych. Liposukcję przeprowadza się przy zastosowaniu tak zwanego miejscowego znieczulenia tumescencyjnego, jedynej techniki anestetycznej, która została opracowana przez dermatologa, doktora Jeffrey Kleina. Właśnie ta metoda sprawiła, że zabieg liposukcji uzyskał wyższy standard bezpieczeństwa oraz swój współczesny sposób przeprowadzania. Moment wprowadzenia tej metody był kamieniem milowym w historii rozwoju liposukcji. Dzięki tej innowacji zabieg mógł rozpoznać się na świecie. Istnieje kilka wariantów operacji.

Podczas wykładu zostaną omówione kryteria kwalifikacyjne pacjentów do zabiegu. Ponadto na przykładach własnych zabiegów zostaną przedstawione przygotowanie do operacji, sposoby jej przeprowadzania, zakładanie opatrunków oraz zasady opieki pooperacyjnej. Odrębna część prezentacji będzie poświęcona podstawowym rodzajom powikłań śród- i pozabiegowych, a także sposobom ich leczenia oraz zapobiegania ich wystąpieniu.

## Biofilmy bakteryjne po wypełniaczach w dermatologii estetycznej na podstawie przypadków

Romuald Olszański

Zakład Medycyny Morskiej i Tropikalnej Wojskowego Instytutu Medycznego

W zależności od rodzaju zastosowanego wypełniacza reakcje niepożądane dzieli się na: natychmiastowe (rumień, zaczerwienienie, obrzęk, stwardnienie), wczesne (grudki, biofilmy bakteryjne) i późne (ziarniniaki, owrzodzenia).

Reakcje natychmiastowe mogą wystąpić u ok. 80% pacjentów w zależności od rodzaju wypełniacza i ustępują bez leczenia do tygodnia od iniekcji. Reakcje niepożądane wczesne i późne występują bardzo rzadko u ok. 1% pacjentów po iniekcji kwasu hialuronowego i są to najczęściej biofilmy bakteryjne.

Do głównych przyczyn powstawania biofilmów bakteryjnych po iniekcji kwasu hialuronowego zalicza się:

- 1) nieprzestrzeganie zasad aseptyki podczas zabiegu,
- 2) jakość wypełniacza (np. poziom protein i endotoksyn bakteryjnych, środki chemiczne stosowane podczas usieciowania kwasu hialuronowego),
- 3) przewlekłe ogniska zapalne (np. problemy stomatologiczne, przewlekłe zapalenie zatok przynosowych),
- 4) wielokrotne iniekcje różnymi wypełniaczami u tego samego pacjenta,
- 5) podawanie wypełniacza przez błonę śluzową,
- 6) choroby skóry (np. opryszczka, trądzik),
- 7) preparaty kwasu hialuronowego do zabiegów wolumetrycznych,
- 8) wykonywanie zabiegu przez osoby nieuprawnione, np. kosmetyczki.

Biofilm wywołują bakterie zdolne do wytwarzania długotrwałego zakażenia (*Staphylococcus epidermidis*, *Propionibacterium acnes*, *Pseudomonas aeruginosa*). Nawet niewielka ilość zanieczyszczenia bakteriami skórnymi podczas iniekcji wystarcza do powstania biofilmu. Bakterie tworzą kolonię o dużej oporności na działanie systemu immunologicznego. Objawy biofilmu w zależności od stopnia jego aktywności mogą się pojawić po kilku dniach, tygodniach, a nawet miesiącach od wstrzyknięcia kwasu hialuronowego.

Hialuronidaza jest leczeniem z wyboru w biofilmie bakteryjnym po podaniu kwasu hialuronowego. W rzadkich przypadkach po podaniu hialuronida-

zy mogą wystąpić reakcje niepożądane miejscowe i ogólne, np. obrzęk naczynioruchowy.

Leczenie antybiotykami, obok hialuronidazy, jest pierwszym etapem terapii pacjenta z podejrzeniem biofilmu, nawet jeśli posiew był ujemny.

W pracy będą przedstawione przypadki biofilmów bakteryjnych.

Biofilmy bakteryjne stanowią nowy problem w medycynie estetycznej. Błędne rozpoznanie powoduje długotrwałą nieskuteczną terapię, natomiast postawienie właściwej diagnozy – szybkie wyleczenie. Każdy pacjent powinien być poinformowany o możliwości wystąpienia reakcji niepożądanych. Osoby nieuprawnione (kosmetyczki) nie mogą wykonywać tego typu zabiegów. Tylko lekarz znający procedurę leczenia reakcji niepożądanych może podawać wypełniacze i leczyć powikłania.

---

## Kwas fusydowy w terapii miejscowej zakażeń bakteryjnych skóry

Adam Reich

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Kwas fusydowy jest antybiotykiem aplikowanym miejscowo, działającym przede wszystkim na bakterie Gram-dodatnie. Mechanizm działania leku opiera się na hamowaniu syntezy białek w komórkach bakterii. Kwas fusydowy ma działanie synergistyczne z innymi antybiotykami. Jest z powodzeniem stosowany w leczeniu zakażeń bakteryjnych skóry powodowanych przez gronkowce i paciorkowce: liszajca zakaźnego, figówki gronkowcowej czy zapalenia mieszków włosowych, a także w chorobach skóry powodowanych przez *Corynebacteria*. Wykazano, że miejscowa aplikacja kwasu fusydowego jest równie skuteczna w terapii niepowikłanych zakażeń bakteryjnych skóry jak antybiotyki podawane ogólnie. Lek jest dobrze tolerowany i nie powoduje istotnych działań niepożądanych. W pracy przedstawiono najnowsze dane na temat zastosowania kwasu fusydowego w leczeniu schorzeń bakteryjnych skóry, a także zwrócono uwagę na jego miejsce w drabinie terapeutycznej tej grupy chorób.

---



## Bioskóra – nowatorskie zastosowanie druku 3D w medycynie

Irena Walecka

Klinika Dermatologii CSK MSWiA w Warszawie

W ostatnim czasie coraz większym zainteresowaniem naukowych środowisk medycznych i biotechnologicznych cieszą się organiczne odpowiedniki naturalnej skóry. Wynika to z możliwości szerokiego ich zastosowania w dermatologii, chirurgii plastycznej, onkologii, medycynie transplantacyjnej i regeneracyjnej do leczenia między innymi skutków oparzeń i urazów, uzupełniania dużych ubytków skóry spowodowanych np. chorobą nowotworową oraz możliwością wykorzystania modelowej tkanki lub narządu w procesie testowania nowych substancji farmakologicznych i kosmetycznych.

Organiczna syntetyczna skóra, tzw. bioskóra, pozwala między innymi na eliminację problemu niewystarczającej ilości materiału w przypadku autoprzeszczepów czy braku zgodności tkankowej w przypadku alograftów.

Spośród wielu metod otrzymywania bioskóry na szczególne zainteresowanie zasługuje biodrukowanie 3D. Metoda ta, oparta na zasadzie coraz bardziej popularnego druku 3D, umożliwi personalizację kształtu i wielkości płyta drukowanej bioskóry oraz jego składu, zarówno pod względem rodzaju wprowadzanych komórek (keratynocyty, fibroblasty), jak i dodawanych w procesie druku substancji czynnych (antybiotyki, leki przeciwzapalne oraz czynniki wzrostu).

Biodrukowanie skóry może się odbywać różnymi technikami, a dwie podstawowe to:

- 1) drukowanie twardych rusztowań polimerowych (głównie na bazie poliestrów termoplastycznych, przykładowo takich jak PCL czy PLA) z następczym zasiedlaniem komórkami i ich namnażaniem w warunkach pozaustrojowych;
- 2) drukowanie miękkich hydrożeli (polimerów składających się w ponad 90% z wody) zawierających bezpośrednio w swym wnętrzu żywe komórki.

Ostatnio coraz bardziej popularne stają się hybrydowe metody biodruku, łączące obydwie wspomniane metody w jeden proces. Poza opisaną powyżej bioskórą technika druku 3D umożliwi drukowanie między innymi więzadeł, kości, chrząstek, zębów, wątroby, nerki i trzustki, co stwarza ogromną szansę i nadzieję dla potencjalnych pacjentów.

## Ochrona przeciwsłoneczna w codziennej praktyce dermatologicznej

Magdalena Misiak-Gałężka, Lidia Rudnicka

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Jednym z podstawowych zaleceń w codziennej praktyce dermatologicznej jest stosowanie ochrony przeciwsłonecznej. Jest to pojęcie szerokie, różnie interpretowane przez lekarzy i pacjentów. Obejmuje ono naturalne mechanizmy ochrony przed promieniowaniem ultrafioletowym (UV), ochronę fizyczną oraz stosowanie substancji o właściwościach fotoprotekcyjnych. Filtry przeciwsłoneczne, które najczęściej wymienia się wśród metod ochrony przeciwsłonecznej, są jedynie jej częścią. Coraz większą wagę przywiązuje się do stosowania pochodnych fitochemicznych, takich jak flawonoidy, resweratrol, baikalina czy flavangenol.

Celem pracy jest przedstawienie podstawowych pojęć i zasad dotyczących ochrony przeciwsłonecznej z jej zaletami i wadami. Omówione zostaną także aktualne kierunki badań nad filtrami przeciwsłonecznymi.

Zgodnie z dyrektywą Unii Europejskiej EU Cosmetics Reg. No 1223/2009 filtry przeciwsłoneczne są substancjami stosowanymi na skórę wyłącznie lub głównie w celu odbicia, rozproszenia lub pochłonięcia promieniowania UV. Filtry organiczne (chemiczne) absorbują promieniowanie UV i wchodzi w stan pobudzenia, natomiast filtry mineralne odbijają i rozpraszają promieniowanie UV. Krem z filtrem przeciwsłonecznym powinien m.in. chronić przed promieniowaniem UVA i UVB, być fotostabilny i ciepłostabilny, dobrze tolerowany i nie przechodzić przez skórę. Najczęściej preparaty przeciwsłoneczne zawierają mieszanek filtrów dobraną w taki sposób, aby pokryć całe spektrum promieniowania UVA i UVB. Głównymi działaniami niepożądanymi filtrów przeciwsłonecznych są reakcje alergiczne, fototoksyczne i fotoalergiczne.

Jednym z głównych kierunków w badaniach nad filtrami są prace badawcze nad aktywnością biologiczną i potencjalną toksycznością nanocząsteczek filtrów organicznych, takich jak dwutlenek tytanu czy tlenek cynku, które mają lepsze właściwości kosmetyczne w porównaniu ze zwykłymi cząsteczkami.

Wiedza dotycząca ochrony przeciwsłonecznej jest potrzebna w praktyce dermatologicznej, żeby móc edukować pacjentów, którzy wymagają ochrony przeciwsłonecznej. Oprócz zaleceń dotyczących stosowania preparatów przeciwsłonecznych warto pamiętać o innych metodach fotoprotekcji.

## Kosmetyki szyte na miarę

**Barbara Zegarska**

Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej  
*Collegium Medicum* w Bydgoszczy  
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Zastosowanie prawidłowej pielęgnacji skóry w codziennej praktyce dermatologa jest nieodzowne i tak samo ważne jak leczenie. Umożliwia skrócenie czasu, a także niweluje objawy niepożądane występujące w trakcie terapii. Bardzo ważne jest odpowiednie dostosowanie codziennej pielęgnacji także do występującego problemu kosmetycznego. Indywidualne dobranie preparatów do stosowania miejscowego zapewni odpowiednią tzw. spersonalizowaną pielęgnację. Taki indywidualny dobór składników umożliwia zastosowanie w danym preparacie odpowiedniego stężenia substancji aktywnych oraz może być wykorzystany w czasie remisji takich dermatoz, jak trądzik młodzieńczy, różowaty, lub w przypadku suchej skóry albo przebarwień. W miarę upływu czasu możliwe jest dostosowanie formuły do stylu życia, wieku, jakości skóry pacjenta, pory roku i czynników środowiskowych.

---

## Psychologia wieku dziecięcego

Alina Borkowska

Brak streszczenia.

## Mały pacjent, ale duży problem

Anna Zalewska-Janowska

Zakład Psychodermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Pediatryczny pacjent dermatologiczny, tzw. mały pacjent, z natury rzeczy należy do grupy „pacjentów trudnych”. Stanowi on zwykle kluczowy element tzw. pacjenta zbiorowego, który wymaga wręcz nadzwyczajnych środków – w obrębie istniejącego systemu opieki zdrowotnej – ze strony konsultującego dermatologa. Do tych „nadzwyczajnych” środków należą niewątpliwie czas, empatia, a także przedmioty do zabawy. Wykładowca podzieli się ze słuchaczami dostępnymi metodami, efektywnymi kosztowo, które pozwolą sprostać bardzo wielu wyzwaniom systemu w codziennej praktyce dermatologicznej.

## Co nowego w dermatologii dziecięcej?

Wojciech Baran

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Dermatologia dziecięca jest dynamicznie rozwijającą się dziedziną. W ostatnim czasie w piśmiennictwie pojawiły się nowe artykuły i wytyczne obejmujące zagadnienia m.in. leczenia atopowego zapalenia skóry, postępowania w bielactwie u dzieci, zmian skórnych w chorobie Leśniowskiego-Crohna i leczenia mięczaka zakaźnego imikwimodem. W wykładzie, stanowiącym przegląd najnowszej literatury z zakresu dermatologii dziecięcej, zostaną zaprezentowane informacje interesujące dla lekarza praktyka.

## Alergia kontaktowa u dzieci

Beata Kręcisz

Klinika Dermatologii w Kielcach Wydziału Lekarskiego i Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Alergia kontaktowa u dzieci, podobnie jak u dorosłych, jest skutkiem powtarzających się ekspozycji na różnorodne związki chemiczne obecne m.in. w kosmetykach, obuwiu, biżuterii, akcesoriach odzieżowych, sprzęcie sportowym, lekach do zastosowania miejscowego, tatuażach. Ponadto ostatnie badania wykazują, że dzieci z atopowym zapaleniem skóry uczulają się równie często jak dzieci bez atopii. Różnice dotyczą alergenów kontaktowych. Dzieci z atopowym zapaleniem skóry znamiennej częściej uczulają się na lanolinę i substancje zapachowe. Częstość występowania uczuleń u dzieci (określana na podstawie dodatniego wyniku testu płatkowego) w różnych publikacjach wynosi 13–23%, natomiast u dzieci badanych z powodu podejrzenia alergicznego kontaktowego zapalenia skóry wartości te są znacznie większe (24–83%). Do najczęstszych czynników uczulających należą: nikiel (16%), betaína kokosowa (15,9%), substancje zapachowe (9,9%), Amerchol L (8,8%), lanolina (6%). Podstawową i rekomendowaną metodą diagnostyczną alergicznego kontaktowego zapalenia skóry są testy płatkowe. Do badań wykorzystuje się tę samą metodykę i te same stężenia substancji alergizujących jak przy diagnostyce osób dorosłych.

## Zmiany paznokciowe u dzieci

Anita Hryniewicz-Gwóźdź

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Paznokcie chronią dystalną część palców przed urazami mechanicznymi, ułatwiają chwytanie, a także mają znaczenie estetyczne. Aparat paznokciowy składa się z macierzy paznokcia, łożyska, bliższego i bocznych wałów paznokciowych oraz *hyponychium*. Skeratynizowana płytko paznokciowa jest wytwarzana przez macierz znajdującą się pod wałem paznokciowym bliższym (2/3 macierzy) i bliższą częścią płytki paznokciowej (lunula).

Zmiany paznokciowe u dzieci są rzadką przyczyną zgłaszania się do lekarza, ale sprawiają trudności diagnostyczne i terapeutyczne.

Specyfika płytki paznokciowej u dzieci, która jest cienka i miękka, sprzyja wystąpieniu niektórych

zmian. Często obserwuje się idiopatyczną koilonychię – łyżeczkowate zagłębienie płytki paznokciowej (przede wszystkim paznokci paluchów i kciuków), onycholizę (oddzielenie płytki paznokciowej od łożyska) i *onychoschisis* (rozdawanie paznokci).

Różne czynniki u dzieci, podobnie jak u dorosłych, powodują dystrofię paznokci. Zjawisko to jest wynikiem nieprawidłowego tworzenia się płytki paznokciowej z macierzy. Funkcja macierzy może ulec zaburzeniu pod wpływem urazów mechanicznych, infekcji, stanu zapalnego, rozwijających się guzów, innych chorób skóry i chorób układowych. Krótkotrwałe zahamowanie proliferacji komórek macierzy prowadzi do powstawania poprzecznych wgłębień zwanych liniami Beau. W przypadku zadziałania czynnika o dużej intensywności i silniejszego uszkodzenia macierzy dochodzi do oddzielenia płytki od łożyska w okolicy lunuli, a nawet spękania całej płytki (*onychomadesis*). Wieloogniskowe zaburzenie keratynizacji macierzy jest natomiast przyczyną szorstkości paznokci (*trachyonychia*), również częstej u dzieci. Paznokcie mają wówczas nierówną powierzchnię, są pobrudzone podłużnie, obserwuje się punkcikowate wgłębienia oraz utratę przejrzystości płytek. *Trachyonychia* jest nieprawidłowością idiopatyczną lub towarzyszy innym schorzeniom, takim jak łysienie plackowate, łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, liszaj plaski.

Duże znaczenie wśród chorób dotyczących aparatu paznokciowego u dzieci mają infekcje bakteryjne, wirusowe i grzybicze. Zakażenie bakteryjne (paronychia) najczęściej wywołane jest przez gronkowce *Staphylococcus aureus*. Infekcja dotyczy pojedynczych paznokci rąk oraz bywa uciążliwym powikłaniem wrastających paznokci stóp u młodzieży. Brodawki wirusowe okołopaznokciowe i podpaznokciowe nierzadko powodują dolegliwości bólowe i cechują się dużą opornością na leczenie. U dzieci, które ssą palec, może dochodzić do przeniesienia zakażenia wirusem *Herpes simplex* z jamy ustnej na skórę palca i wału paznokciowego. Zakażenia dermatofitowe paznokci u dzieci występują bardzo rzadko. Obserwuje się niekiedy drożdżycę paznokci rąk.

Zmiany paznokciowe są również objawem rzadkich schorzeń o podłożu genetycznym, takich jak zespół paznokciec-rzepka, pęcherzowe oddzielenie się naskórka, *anonychia*, *pachyonychia congenita*.

Prawidłowe rozpoznanie przyczyn chorób paznokci warunkuje zalecenie prawidłowego postępowania i leczenia.

## Histiocytoza z komórek Langerhansa – dawniej i dziś

Magdalena Lange

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

*Langerhans cell histiocytosis* (LCH) jest rzadką nowotworową chorobą mieloproliferacyjną, polegającą na naciekaniu tkanek przez nieprawidłowe komórki dendrytyczne, które odpowiadają pod względem morfologii i immunofenotypu komórkom Langerhansa występującym w skórze i błonach śluzowych. *Langerhans cell histiocytosis* najczęściej obejmuje układ kostny i skórę, rzadziej węzły chłonne, wątrobę, śledzionę, płuca, błony śluzowe, jelita, ośrodkowy układ nerwowy, przysadkę, grasicę oraz układ krwiotwórczy. Dawniej LCH nazywano histiocytozą X i dzielono ją na 3 postacie kliniczne. Chorobą Abta-Letterera-Siwego określano ostrą, rozsianą, układową chorobę o ciężkim przebiegu klinicznym, występującą przede wszystkim u niemowląt i małych dzieci. Chorobę Handa-Schüllera-Christiana rozpoznawano najczęściej u dzieci w wieku 2–6 lat w przypadkach przewlekłego, postępującego przebiegu z zajęciem kości. U starszych dzieci i młodych dorosłych występował najczęściej ziarniniak kwasochłonny stanowiący najłagodniejszą, ograniczoną postać choroby, której zasadniczym objawem był rozwój ziarniny histiocytarnej z obecnością licznych komórek kwasochłonnych w obrębie kości. Aktualnie LCH dzieli się na postać jednoukładową (ang. *single-system LCH* – SS-LCH), dotyczącą ok. 55% chorych oraz wieloukładową (ang. *multisystem LCH* – MS-LCH) występującą u pozostałych chorych. Występowanie zmian w szczególnie istotnych pod względem anatomicznym i funkcjonalnym miejscach (*special sites*), takich jak kręgi z zajęciem tkanek miękkich wewnątrzkręgowych oraz wyrostek kręgu C2, upoważnia do podjęcia leczenia ogólnego. Zajęcie kości twarzoczaszki (kości skroniowej, kości klinowej, kości oczodołu, kości sitowej) wiąże się z podwyższonym ryzykiem zajęcia ośrodkowego układu nerwowego. Niekorzystne pod względem rokowniczym jest także zajęcie ucha, oka i jamy ustnej związane z ryzykiem rozwoju postaci MS-LCH i moczówki prostej. Zmiany skórne w przebiegu LCH występują u ok. 40–50% chorych i mają bardzo zróżnicowany charakter. Krwotoczne grudki i guzki barwy brunatnej lub purpurowej o tendencji do rozpadu i wrzodzenia występują najczęściej u niemowląt. Zmiany grudkowo-guzkowe ulegające ksantomatyzacji oraz ogniska rumieniowo-złuszczające przypominające łojotokowe zapalenie skóry pojawiają się zwykle u starszych dzieci i osób dorosłych.

## Leki recepturowe – czy nadal aktualne?

Waldemar Placek

Brak streszczenia.

## Understanding dysseborrhoea as the cause of acne lesions

Petr Arenberger

Brak streszczenia.

Problematyczne mogą być ponadto różne systemy klasyfikacji choroby, nomenklatura poszczególnych zmian skórnych obserwowanych w trakcie rozwoju choroby, a także liczne skale służące do oceny jej nasilenia (m.in. Hurley, HiSCR, zmodyfikowana Sartorius, PGA, AISI). Obecnie najpowszechniejszą akceptacją cieszy się, głównie ze względu na łatwość stosowania w codziennej praktyce, 3-stopniowa skala Hurleya. Ma ona jednak pewne ograniczenia, głównie ze względu na swój statyczny charakter. Wydaje się, że w nowo utworzonej skali - IHS4 - udało się jednak wyeliminować niedociągnięcia innych skal. Skala IHS4 jest zwalidowana, dynamiczna, szybka do przeprowadzenia i łatwa w stosowaniu.

## *Hidradenitis suppurativa* – diagnostyka i klasyfikacja

Łukasz Matusiak

Klinika i Katedra Dermatologii, Wenerologii i Alergologii  
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich  
we Wrocławiu

*Hidradenitis suppurativa* (HS) jest zapalną, nawrotową chorobą skóry manifestującą się obecnością przetok, ropni oraz bliznowacenia, głównie w okolicach wyprzeniowych. Choroba dotyka ok. 1% populacji (nieco częściej chorują kobiety), a zapadalność jest najwyższa w 2.-3. dekadzie życia. Pomimo stosunkowo powszechnego występowania tej jednostki chorobowej jej rozpoznanie, a tym samym postawienie właściwej diagnozy nadal stanowi istotne wyzwanie dla stykających się z nią lekarzy. Okazuje się, że statystyczny pacjent chorujący na HS, zanim dowie się, na jaką dermatozę cierpi, zdąży odwiedzić 4 lekarzy, a prawidłową diagnozę otrzyma dopiero po ok. 7 latach trwania choroby. O ile coraz wyraźniej HS istnieje w świadomości dermatologów, o tyle wśród lekarzy innych specjalności już nie, a istotna część pacjentów trafia pod opiekę chirurgów, ginekologów, lekarzy chorób zakaźnych oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Należy jednak podkreślić, że również dermatolodzy miewają niemałe problemy z ustaleniem właściwego rozpoznania, zwłaszcza w pierwszym okresie choroby. *Hidradenitis suppurativa* należy różnicować przede wszystkim z innymi dermatozami o charakterze infekcyjnym, m.in. z czyrącznością, ziarniniakiem wenerycznym, gruźlicą rozplywną, a także chorobą Leśniowskiego-Crohna czy przetokami okołodbytniczymi.

## Naczyniakowatość bakteryjna (*bacillary angiomatosis*) u pacjenta po przeszczepie nerki

Paweł Brzewski, Maria Kwiecińska,  
Aleksander Obtulowicz, Anna Wojas-Pelc

Oddział Kliniczny Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Naczyniakowatość bakteryjna (ang. *bacillary angiomatosis* – BA) jest rzadką chorobą zakaźną powodowaną przez tlenowe Gram-ujemne pałeczki z rodzaju *Bartonella*, najczęściej przez dwa gatunki: *B. henselae* i *B. quintana*. Głównym rezerwuarem bakterii są koty, do zarażenia dochodzi najczęściej wskutek pogryzienia, poślinienia lub podrapania przez zarażone zwierzę. Choroba może być również przenoszona przez wektory: wesz odzieżową (*B. quintana*) oraz pchłę kocią (*B. henselae*). Najczęściej spotykaną bartonelozą u osób immunokompetentnych jest choroba kociego pazura powodowana przez *B. henselae*. U osób z obniżoną odpornością może wystąpić naczyniakowatość bakteryjna, choroba po raz pierwszy opisana w 1983 r. u pacjenta z AIDS. Istotą schorzenia jest proliferacja komórek śródbłonka naczyń krwionośnych, która prowadzi do rozwoju charakterystycznych zmian skórnych w postaci twardych, żywoczerwonych guzków i guzków przypominających naczyniaki. W przebiegu choroby równie często dochodzi do zajęcia innych narządów, takich jak wątroba, śledziona, węzły chłonne, szpik kostny czy serce. Rozpoznanie ustala się na podstawie obrazu klinicznego oraz badania histopatologicznego zmian skórnych, może być również pomocna identyfikacja bakterii metodą PCR. Leczenie polega na przedłużonym podawaniu antybiotyków z grupy tetracyklin lub erytromycyny.

Prezentujemy przypadek pacjenta, który zgłosił się do naszej Kliniki 5 miesięcy po przeszczepie nerki z powodu licznych, rozsianych, żywoczerwonych guzków zlokalizowanych na skórze twarzy, kończyn górnych i tułowia, którym towarzyszyły osłabienie oraz gorączka (temperatura do 38°C). Chory był leczony przez nefrologów takrolimusem (6 mg/dobę), mykofenolanem mofetylu (2 g/dobę) oraz prednizonem (5 mg/dobę) w celu zahamowania reakcji odrzucenia narządu. W trakcie hospitalizacji stwierdzono szereg odchyłań w badaniach laboratoryjnych i obrazowych. Badanie histopatologiczne oraz typowy obraz kliniczny pozwoliły na rozpoznanie *bacillary angiomatosis*. W leczeniu zastosowano doksylicyklinę w dawce 200 mg/dobę i uzyskano stopniową redukcję zmian skórnych, ustąpienie gorączki oraz poprawę stanu ogólnego.

## Krostkowa odmiana *pyoderma gangrenosum* u pacjentki z chorobą Leśniowskiego-Crohna jako marker nawrotu stanu zapalnego jelit

Tomasz Turcza<sup>1</sup>, Maciej Pastuszcak<sup>1</sup>, Jerzy Hankus<sup>2</sup>,  
Grzegorz Dyduch<sup>1</sup>, Anna Wojas-Pelc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

<sup>2</sup>Katedra Patomorfologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

**Wprowadzenie.** *Pyoderma gangrenosum* (PG) jest rzadką zapalną dermatozą neutrofilową o złożonej, nie do końca poznanej patofizjologii. Szacuje się, że u ponad 50% chorych na PG można znaleźć współistniejącą chorobę układową. Najczęściej diagnozuje się nieswoiste choroby zapalne jelit, zapalenia stawów, zaburzenia immunologiczne i procesy rozrostowe. Dane z piśmiennictwa nie pozwalają na jednoznaczne ustalenie zależności między nasileniem procesu układowego a zmianami skórnymi w przebiegu PG.

**Opis przypadku.** Przedstawiamy przypadek 38-letniej pacjentki, która od 18. roku życia zmaga się z chorobą Leśniowskiego-Crohna. Przez ostatnie 5 lat schorzenie było w remisji klinicznej. Chora zgłosiła się do Kliniki Dermatologii z powodu utrzymujących się i nasilających się od 3 miesięcy zmian o typie bolesnych krost, z zapalną obwódką, ewoluujących w owrzodzenia, ogniskowo pokrytych przez nekrotyczne strupy. Od miesiąca u pacjentki wystąpiły też biegunki z domieszką śluzu i krwi. Obraz kliniczny oraz wyniki badań histopatologicznych zmian skórnych umożliwiły ustalenie rozpoznania odmiany krostkowej piodermii zgorzelinowej. W związku z dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego pacjentkę konsultowano gastroenterologicznie i włączono doustnie mesalazynę oraz steroidy. Po 2 tygodniach liczba stolców biegunkowych się zmniejszyła, a zmiany skórne się wycofały.

**Wnioski.** Przypadek rzadkiej odmiany krostkowej piodermii zgorzelinowej u pacjentki z chorobą Leśniowskiego-Crohna został przedstawiony ze względu na to, że pojawienie się tego typu zmian skórnych może wskazywać na przyszłe zaostrzenie choroby układowej leżącej u podstaw PG. Wiedza w tym zakresie umożliwiłaby wcześniejsze rozpoczęcie leczenia zaostrzenia choroby podstawowej i uniknięcie ewentualnych powikłań.

## Zespół Stevensa-Johnsona wywołany jednoczesną terapią karbamazepiną i radioterapią głowy. Pierwszy przypadek SJS-DART?

Anna Waśkiel<sup>1</sup>, Katarzyna Dytus-Cebulok<sup>2</sup>,  
Katarzyna Polak-Witka<sup>1</sup>, Małgorzata Pawłowska-Kisiel<sup>1</sup>,  
Zbigniew Szutkowski<sup>2</sup>, Małgorzata Olszewska<sup>1</sup>,  
Lidia Rudnicka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Zakład Teleradioterapii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

**Wprowadzenie.** W 1988 r. Delattre jako pierwszy opisał przypadek występowania rumienia wielopostaciowego w związku z jednoczesnym stosowaniem fenytoiny i radioterapii głowy. W 2004 r. Ahmed połączył ze sobą te elementy i stworzył akronim EMPACT (*erythema multiforme associated with phenytoin and cranial radiation*; rumień wielopostaciowy związany ze stosowaniem fenytoiny i radioterapii głowy). W piśmiennictwie opisywane są również przypadki występowania rumienia wielopostaciowego, zespołu Stevensa-Johnsona lub toksycznej nekrolizy naskórka w związku z terapią innymi lekami w połączeniu z radioterapią w innych lokalizacjach.

**Cel pracy.** Prezentujemy przypadek 61-letniego pacjenta z glejakiem wielopostaciowym IV stopnia, u którego rozpoznano zespół Stevensa-Johnsona w czasie leczenia karbamazepiną i radioterapią głowy.

**Opis przypadku.** 15 grudnia 2015 r. u pacjenta przeprowadzono częściową resekcję guza mózgu. Z powodu występujących ataków padaczkowych 10 stycznia 2016 r. włączono leczenie przeciwdrgawkowe karbamazepiną. 2 lutego 2016 r. pacjent rozpoczął chemioterapię temozolomidem oraz radioterapię głowy, w czasie której stosowano również deksametazon. W czwartym dniu radioterapii u pacjenta zaobserwowano wystąpienie zmian rumieniowo-obrzękowych ograniczonych do skóry owłosionej głowy oraz skóry gładkiej karku, które następnie uległy uogólnieniu z zajęciem ok. 70% powierzchni ciała. Na błonie śluzowej jamy ustnej stwierdzono nadżerki pokryte krwotocznymi strupami. Wystąpiło też zaczerwienienie spojówek z obecnością surowiczej wydzieliny. Na podstawie obrazu klinicznego u pacjenta rozpoznano zespół Stevensa-Johnsona. Odstawiono temozolomid oraz wstrzymano radioterapię głowy. Karbamazepina została zastąpiona kwasem walproinowym. W leczeniu zastosowano prednizon doustnie w dawce 0,6 mg/kg m.c. Z związku z cechami wtórnej infekcji oraz

utrzymującą się gorączką (do 39°C) dołączono antybiotykoterapię – klarytromycyną i metronidazolem pozajelitowo. Po 2 tygodniach hospitalizacji zmiany skórne ustąpiły oraz uzyskano wygojenie nadżerek błon śluzowych. Pacjenta w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu.

**Wnioski.** Z powodu występowania zespołu Stevensa-Johnsona w związku z terapią innymi lekami niż fenytoina oraz radioterapią w innych lokalizacjach niż głowa sugerujemy nowy akronim: SJS-DART (*Stevens-Johnson syndrome associated with drugs and radiation therapy*).

## Znaczenie korelacji kliniczno-histopatologicznej w rozpoznawaniu *lymphomatoid papulosis* – opis przypadku

Anna Waśkiel, Marta Sar-Pomian, Joanna Czuwara,  
Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**Wprowadzenie.** *Lymphomatoid papulosis* należy do grupy pierwotnych limfoproliferacyjnych chorób skóry CD30+. Na podstawie obrazu histopatologicznego wyróżniono 5 podtypów *lymphomatoid papulosis*, spośród których podtyp B przypomina ziarniniaka grzybiastego, natomiast typ C chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek T. Ekspresję antygenu CD30 na komórkach T obserwuje się również w wielu innych chorobach skóry. Diagnostyka histopatologiczna powyższych schorzeń powinna się odbywać zawsze w korelacji z obrazem klinicznym.

**Cel pracy.** Przedstawienie znaczenia korelacji obrazu histopatologicznego z obrazem klinicznym w rozpoznawaniu pierwotnych chorób limfoproliferacyjnych CD30+ na przykładzie pacjentki z *lymphomatoid papulosis* o złożonym obrazie histopatologicznym.

**Opis przypadku.** Pacjentka 38-letnia zgłosiła się z powodu występujących od 6 lat rozsiaanych, częściowo ukrwotoczonych zmian guzkowych z rozpadem zlokalizowanych na skórze gładkiej tułowia, twarzy oraz kończyn górnych i dolnych, które goiły się samoistnie z pozostawieniem zanikowych blizn. Na podstawie obrazu klinicznego wysunięto podejrzenie *lymphomatoid papulosis*. W badaniu histopatologicznym stwierdzono podnaskórkowy naciek z dużych komórek anaplastycznych CD30+, CD20-, CD3+, CD4+, CD8-, ALK-1-, HMB45- z podwyższonym wskaźnikiem indeksu mitotycznego (Ki67++) oraz nasilonym epidermotropizmem – świadczącym

o rozpoznaniu chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek. Ze względu na brak zależności wyniku badania histopatologicznego z obrazem klinicznym zmian skórnych ponownie wykonano biopsję do badania histopatologicznego. W kolejnym badaniu histopatologicznym stwierdzono nasilony epidermotropizm oraz nacieki z małych, średnich i dużych limfocytów o fenotypie: CD3+, CD4+, CD8-, CD5-, CD7-. Dodatkowo uwidoczono duże komórki stanowiące 80% nacieku limfocytarnego, wykazujące ekspresję CD30 i ALK-1-. Obraz mikroskopowy mógł odpowiadać *lymphomatoid papulosis* o podtypie histopatologicznym B z cechami ziarniniaka grzybiastego. Na podstawie obrazu klinicznego (brak zmian skórnych charakterystycznych dla ziarniniaka grzybiastego lub chłoniaka anaplastycznego) i dotychczasowego przebiegu choroby postawiono diagnozę *lymphomatoid papulosis* o podtypie histopatologicznym B.

**Wnioski.** Pierwotnie skórne choroby limfoproliferacyjne z komórek CD30+, niekiedy skrajnie różniące się sposobem leczenia i rokowaniem, mogą charakteryzować się podobnym obrazem histopatologicznym oraz fenotypem komórek. Rozpoznanie choroby zawsze powinno się opierać na korelacji kliniczno-patologicznej.

## Pacjentka z zespołem SAPHO leczona infliksymabem z dobrym efektem terapeutycznym

Anna Skrok, Katarzyna Polak-Witka,  
Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego  
Uniwersytetu Medycznego

**Wprowadzenie.** Zespół SAPHO (*synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis, osteitis*) jest rzadką jednostką chorobową o nieustalonej etiologii, wyodrębnioną ok. 30 lat temu. Charakteryzuje się współwystępowaniem zmian skórnych i kostno-stawowych. Trądzik skupiony oraz krostkowica dłoni i podeszew należą do najczęstszych manifestacji skórnych, rzadziej u pacjentów opisywana jest łuszczyca zwykła i ropnie mnogie pach (*hidradenitis suppurativa*). Do charakterystycznych objawów reumatologicznych zalicza się: zapalenia stawów, kości i szpiku oraz zmiany wytwórcze kości. Choroba ma zwykle charakter przewlekły i przebiega z okresami zaostrzeń i remisji. Nie opracowano dotychczas jednolitego schematu postępowania terapeutycznego. W piśmiennictwie opisywano przypadki skutecznej terapii inhibitorami TNF- $\alpha$ , m.in. infliksymabem.

**Cel pracy.** Prezentacja przypadku pacjentki z zespołem SAPHO, u której uzyskano dobrą odpowiedź kliniczną po rozpoczęciu terapii infliksymabem.

**Opis przypadku.** Pacjentka 27-letnia została przyjęta z powodu zmian skórnych o obrazie klinicznym *hidradenitis suppurativa* w obrębie okolicy anogenitalnej, dołów pachowych i okolicy mostkowej od 9. roku życia oraz łuszczyca w okolicy pępkowej (rozpoznanie potwierdzone histopatologicznie). W 2014 r. stwierdzono obustronne zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych, obustronne zwapnienia chrząstek pierwszego stawu żebrowo-mostkowego, obrzęk szpiku kości piętowej oraz zapalenie rozciągniętego podszewowego. W 2016 r. wysunięto podejrzenie zapalenia kości biodrowej prawej. Początkowo pacjentkę leczono dożylnie klindamycyną i amoksylicyną z kwasem klawulanowym, dzięki czemu stwierdzono zmniejszenie dolegliwości bólowych kostno-stawowych. Od ponad 2 miesięcy przyjmuje ona doustnie klindamycynę w dawce 3  $\times$  300 mg/dobę z ryfampicyną w dawce 3  $\times$  300 mg/dobę. Pacjentka otrzymała dotychczas dwie dawki infliksymabu (300 mg/dobę) w odstępie 2 tygodni. Przed podaniem drugiej dawki leku stwierdzono znaczną redukcję stanu zapalnego w zakresie zmian typu *hidradenitis suppurativa*, ustąpienie zmian łuszczykowych i dolegliwości bólowych kostno-stawowych.

**Wnioski.** Zespół SAPHO jest rzadko rozpoznawaną jednostką chorobową, której leczenie stanowi wyzwanie dla dermatologów i reumatologów. Inhibitory TNF- $\alpha$  mogą być ważną alternatywą terapeutyczną u pacjentów z tym zespołem.

## Liszaj łśniący krwotoczny – opis przypadku

Monika Kucharczyk<sup>1</sup>, Marta Jaworska<sup>1</sup>,  
Janusz Kopczyński<sup>2</sup>, Beata Kręcisz<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Klinika Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

<sup>2</sup>Zakład Patologii Nowotworów Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

<sup>3</sup>Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Pacjent w wieku 33 lat zgłosił się do Kliniki Dermatologii w Kielcach z powodu zmian w postaci drobnych, białawych, wyblyszczonych grudek zlokalizowanych w obrębie nadgarstków i na grzbiecie stopy, z komponentem plamiczym, ustępujących z pozostawieniem przebarwień pozapalnych. Ponadto liczne drobne krwotoczne grudki w obrębie powierzchni dło-



niowej rąk i podeszwowej stóp. Dodatkowo pojawiły się zmiany w postaci podłużnego pobruzdowania płytek paznokciowych rąk. Zmianom skórnym nie towarzyszyły dolegliwości subiektywne. Według pacjenta pierwsze zmiany pojawiły się ok. 6 miesięcy przed hospitalizacją. W diagnostyce różnicowej uwzględniono m.in.: wyprysk potnicowy, keratolizę dziobiastą, liszaj płaski, rogowacenie kanalikowe punktowe dłoni i podeszew. W badaniu dermatoskopowym stwierdzono punktowe zmiany krwotoczne. W badaniu histopatologicznym wykazano cechy liszaja łśniącego. Na podstawie korelacji obrazu klinicznego, dermatoskopowego oraz histopatologicznego ustalono rozpoznanie liszaja łśniącego krwotocznego. Zastosowano leczenie miejscowe propionianem klobetazolu 1 raz dziennie i uzyskano częściową regresję zmian.

Liszaj łśniący to rzadka dermataza zapalna o nieznanej etiologii. Schorzenie najczęściej dotyczy dzieci i młodych dorosłych. Charakteryzuje się występowaniem drobnych, połyskujących grudek, barwy białej do różowo-czerwonej. Zmiany przebiegają zwykle bez objawów subiektywnych. Często obecny jest fenomen Koebnera. Wykwity najczęściej lokalizują się na przedramionach po stronie zgięciowej, łątkach, brzuchu, pośladkach. Lokalizacja w obrębie dłoni i stóp z jednoczesnym zajęciem aparatu paznokciowego należy natomiast do rzadkości. Choroba ma charakter przewlekły i może ustępować z pozapalnymi przebarwieniami. Zdarzają się spontaniczne remisje w ciągu miesięcy lub lat. W przeciwieństwie do typowego liszaja łśniącego, liszaj łśniący krwotoczny dłoni i stóp cechuje się bardziej przewlekłym przebiegiem i opornością na leczenie. W terapii wykorzystuje się miejscowe oraz doustne glikokortykosteroidy, inhibitory kalcyneuryny, fototerapię, acytretynę i małe dawki cyklosporyny.

---

## Profilaktyka owrzodzeń żylnych

Arkadiusz Jawień

Brak streszczenia.

## Przewlekła choroba żylna

Witold Owczarek

Brak streszczenia.

## Różnicowanie owrzodzeń podudzi

Anita Hryncewicz-Gwóźdź

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Niewydolność żylna kończyn dolnych stanowi poważny problem społeczny i jest najczęstszą przyczyną owrzodzeń kończyn dolnych. Owrzodzeniom żylnym podudzi, które są najbardziej zaawansowaną postacią przewlekłej niewydolności żylniej, towarzyszą inne objawy, takie jak wenektazje, żyły siateczkowate, poszerzenia żyłakowate żyły odpiszczelowej, odstrzałkowej, ich połączeń i dopływów, obrzęk podudzi, przebarwienia skóry. W czasie trwania choroby pojawiają się zmiany zanikowe i stwardnieniowe – lipodermatoskleroza, zanik biały, czyli *atrophie blanche*. Charakterystyczną lokalizacją owrzodzenia żylnego jest okolica przyśrodkowej powierzchni goleni, nad kostką przyśrodkową. Owrzodzenia mogą się powiększać i tworzyć owrzodzenie okalające całe podudzie. Brzegi są zazwyczaj nieregularne, lekko spadziste, w dnie obserwuje się ziarninę oraz wysięk.

Owrzodzenia żylna wymagają różnicowania z innymi, rzadszymi schorzeniami będącymi przyczyną powstawania ran w tej okolicy. Należą do nich:

- niewydolność krążenia tętniczego – przyczyną jest miażdżyca, a czynnikami sprzyjającymi: cukrzyca, palenie papierosów, nadciśnienie, hiperlipidemia; owrzodzenia tętnicze mają wysztancowane brzegi, są bolesne, lokalizują się na palcach stóp i w miejscach ze wzmożonym uciskiem;
- neuropatie – najczęściej dotyczą pacjentów z cukrzycą; owrzodzenia i ich umiejscowienie są podobne jak w przebiegu niewydolności tętniczej, lecz zmiany są niebolesne;
- infekcje bakteryjne, takie jak niesztowica, czyrak czy róża;

- zapalenia naczyń i waskulopatie – wśród zapaleń naczyń wyróżnia się: zapalenie małych naczyń (idiopatyczne oraz wtórne wywołane infekcjami lub lekami, powstające w przebiegu krieglobulinemii mieszanej, chorób autoimmunologicznych i hematologicznych); zapalenie małych i średnich naczyń skóry przebiegające z obecnością przeciwciała ANCA (*granulomatosis with polyangiitis – Wegener's granulomatosis, eosinophilic granulomatosis with polyangiitis Churg-Strauss*, mikroskopowe zapalenie tętnic); zapalenie średnich naczyń (guzkowe zapalenie tętnic: postać układowa i skórna);
- piodermia zgorzelinowa (*pyoderma gangrenosum*);
- nowotwory – długo utrzymujące się owrzodzenia niepoddające się leczeniu należy diagnozować w kierunku raka kolczystokomórkowego i podstawnokomórkowego;
- działanie niepożądane leków – hydroksymocznik może powodować wystąpienie owrzodzenia okolicy kostki zewnętrznej, które cechuje się dużą bolesnością.

Ustalenie prawidłowego rozpoznania z uwzględnieniem diagnostyki różnicowej owrzodzeń podudzi decyduje o zastosowaniu skutecznego leczenia.

## Siność siatkowata – znaczenie kliniczne

Grażyna Chodorowska

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Siność siatkowata jest niedokrwienną dermopatią będącą manifestacją zaburzeń przepływu krwi w naczyniach skórnych. Stanowi objaw fizyczny charakteryzujący się obecnością przejściowych lub trwałych czerwonosinych wykwitów plamistych łączących się w pierścienie tworzące wzór siatki. W większości przypadków siność siatkowata jest łagodnym objawem związanym z ekspozycją na zimno, lecz może być także sygnałem wielu współistniejących chorób ogólnoustrojowych o różnej etiologii. Wyróżnia się fizjologiczną siność siatkowatą (*cutis marmorata*) widoczną często u noworodków, postać pierwotną bez uchwytnej przyczyny, a także siność siatkowatą o charakterze wtórnym ze współistniejącymi chorobami układowymi, m.in. autoimmunologicznymi, hematologicznymi, chorobami naczyń, chorobami neuropatologicznymi, infekcyjnymi, reakcjami polekowymi.

## Mezenchymalne komórki macierzyste w terapii ran przewlekłych – doświadczenia własne

Leszek Masłowski<sup>1</sup>, Anna Czarnecka<sup>1</sup>, Maria Paprocka<sup>2</sup>,  
Agnieszka Buczyńska<sup>1</sup>, Ryszard Grendziak<sup>1</sup>,  
Elżbieta Wojtowicz-Prus<sup>1</sup>, Wojciech Witkiewicz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital  
Specjalistyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup>Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej  
im. Ludwika Hirszfelda PAN we Wrocławiu

**Wprowadzenie.** Celem medycyny regeneracyjnej jest przywrócenie funkcji anatomicznych i fizjologicznych tkanek ulegających degeneracji w wyniku postępującego procesu starzenia się lub urazu. Narzędziem wykorzystywanym obecnie w medycynie regeneracyjnej są m.in. mezenchymalne komórki macierzyste (ang. *mesenchymal stem cells* – MSC). Mezenchymalne komórki macierzyste przyspieszają gojenie się ran, zwiększając gęstość naczyń oraz zmniejszając odczyn zapalny i apoptozę. Wydzielają one znaczne ilości czynników wzrostu, w tym: VEGF, HGF, PDGF i TGFβ1. Komórki macierzyste można pozyskiwać z różnych tkanek, takich jak mięski zębów, błony płodowe, szpik kostny, i bardzo obficie w niezaopatrzanej tkance tłuszczowej (ASCs – *adipose-derived stem/stromal cells* lub ASC). Wydaje się istotne, aby MSC wykorzystywane do celów klinicznych były łatwo dostępne przy mało inwazyjnym procesie pobierania. Tkanka tłuszczowa stanowi ich idealne źródło, ma pochodzenie mezodermalne i zawiera heterogenną populację komórek zrębu, a dodatkowymi jej atutami są dostępność i obfitość.

**Cel pracy.** Prace prowadzone w ramach projektu WROVASC pozwoliły opanować technikę pozyskiwania MSC rokujących szerokie zastosowanie w terapiach regeneracyjnych.

**Materiał i metodyka.** W zastosowanej technice cała procedura – liposukcji i izolacji ASC – była wykonywana podczas jednej wizyty w gabinecie zabiegowym. W pobranej tkance tłuszczowej stwierdzono 500 razy więcej komórek macierzystych niż w takiej samej ilości szpiku kostnego. Przeprowadzono leczenie ran przewlekłych przy użyciu autogennych komórek macierzystych (podawanie zawiesiny komórek ASC bezpośrednio do tkanek). Materiał stanowiło 22 pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej i 14 pacjentów z owrzodzeniami żylnymi podudzi.

**Wyniki.** Poprawę kliniczną obserwowano u ponad 70% pacjentów. Nie stwierdzono objawów ubocznych i powikłań stosowanych procedur.

**Wnioski.** Opracowano metody hodowli MSC na podłożach wolnych od białek pochodzenia zwierzęcego z dodatkiem autologicznej ludzkiej surowicy oraz uzyskano linie komórkowe unieśmiertelnione. Linie te wykazują wysoki potencjał proliferacyjny oraz znacznie bogatszą i obfitszą sekrecję cytokin biologicznie czynnych. Stwarza to realną możliwość uzyskania tzw. *stem cells conditioned medium* do zastosowań w terapiach regeneracyjnych jako leku, głównie w gojeniu ran.

## Objaw Raynauda w twardzinie układowej – jak zapobiec powikłaniom?

Anna Lis-Święty

Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu  
Medycznego w Katowicach

Objaw Raynauda występuje u prawie wszystkich pacjentów z twardziną układową. Zaburzeniom o charakterze czynnościowym towarzyszą zmiany strukturalne naczyń. Pacjenci zwykle skarżą się na duże nasilenie dolegliwości i częste powikłania w postaci owrzodzeń na opuszkach palców (w ok. 50% przypadków). Czasami dochodzi do martwicy palców. Przyjmuje się, że powikłania te są wynikiem skurczu naczyń, a w konsekwencji niedokrwienia i zmian troficznych, które przyczyniają się do nieodwracalnego uszkodzenia tkanek. Przepływ krwi w obrębie opuszek palców jest zmniejszony. Stan prozakrzepowy wpływa na dalsze pogorszenie przepływu w mikrokrążeniu oraz hipoksję tkanek. Należy podkreślić, że tworzenie się owrzodzeń na opuszkach palców u chorych na twardzinę układową może być objawem wskazującym na postępujące zajęcie narządów wewnętrznych i skrócenie czasu przeżycia chorego. Wytyczne dotyczące postępowania w zaburzeniach naczyniowych w twardzinie układowej uwzględniają metody nefarmakologiczne (zmiana stylu życia, edukacja, terapie komplementarne), stosowanie leków rozszerzających naczynia, leczenia przeciwplatekowego i/lub statyn. Terapię przeciwzakrzepową należy rozważyć w stanach zagrożenia przy objawach ostrego niedokrwienia palców. W przypadku dużego nasilenia objawów może być konieczna hospitalizacja i modyfikacja leczenia uwzględniająca ogólny stan pacjenta, postęp choroby oraz czynniki wpływające na jej przebieg.

## Najnowsze europejskie zalecenia terapeutyczne dotyczące wybranych zakażeń przenoszonych drogą płciową

Agnieszka B. Serwin

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Eksperti *International Union against Sexually Transmitted Infections* regularnie opracowują i uaktualniają zalecenia diagnostyczne oraz lecznicze dotyczące swoistych zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), zespołów chorobowych przez nie wywołanych oraz zagadnień związanych z procedurami medycznymi. W ostatnich latach opublikowano zaktualizowane zalecenia dotyczące zakażeń chlamydialnych (2015 r.), nierzeżączkowych zapaleń cewki moczowej – NGU (2016 r.), zakażeń *Mycoplasma genitalium* (2016 r.). Obecnie trwają prace nad znowelizowaniem m.in. zaleceń dotyczących rzeżączki, opryszczki narządów płciowych i zapalenia narządów miednicy mniejszej. W leczeniu zakażeń *Chlamydia trachomatis* doksycyklina (200 mg/dobę przez 7 dni) oraz azytromycyna (1 g jednorazowo) stanowią równorzędne leczenie pierwszego rzutu, pomimo że niepowodzenia terapeutyczne obserwuje się częściej po terapii makrolidem. W leczeniu empirycznym NGU azytromycyna (500 mg pierwszego dnia i 250 mg przez 4 kolejne dni) jest terapią drugiego rzutu ze względu na coraz częstsza oporność drobnoustrojów na ten antybiotyk. Taki sam schemat terapeutyczny stanowi leczenie pierwszego rzutu w niepowikłanych zakażeniach *Mycoplasma genitalium*. W przypadku przewlekłego lub nawrotowego NGU, jeśli w leczeniu ostrego NGU zastosowano makrolid, należy zastosować moksyflokscynę (400 mg/dobę) z metronidazolem (2 × 400 mg) przez 7–14 dni. Długo działająca penicylina benzatynowa (2 400 000 j.) jest leczeniem pierwszego rzutu w kile, a w leczeniu kiły u kobiet w ciąży nie ma alternatywnej terapii dla penicyliny.

## Dermatozy narządów płciowych u kobiet i mężczyzn w codziennej praktyce

Michał Sobjanek<sup>1</sup>, Monika Konczalska<sup>1</sup>,  
Martyna Sławińska<sup>1</sup>, Katarzyna Czajkowska<sup>1</sup>,  
Mateusz Czajkowski<sup>2</sup>, Marcin Matuszewski<sup>2</sup>,  
Roman Nowicki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Urologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Dermatozy okolicy genitalnej to grupa schorzeń o zróżnicowanej etiologii, do której wlicza się choroby infekcyjne, zapalne oraz nowotworowe. Różnorodność objawów klinicznych sprawia, że pacjenci ze zmianami okolicy zewnętrznych narządów płciowych zgłaszają się do lekarzy różnych specjalności, w tym dermatologów-wenerologów. W części przypadków ustalenie rozpoznania na podstawie obrazu klinicznego jest niemożliwe, wówczas kluczowy jest wynik badania histopatologicznego. Dermoskopia jest pomocna w wybranych przypadkach.

Na podstawie własnego materiału klinicznego zostaną przedstawione zasady rozpoznawania oraz leczenia wybranych dermatoz infekcyjnych, zapalnych oraz nowotworów u kobiet i mężczyzn.

## Znaczenie swoistych przeciwciał przeciwkrętkowych w klasie IgM w monitorowaniu leczenia kiły i diagnostyce reinfekcji

Maciej Pastuszczyk<sup>1</sup>, Agnieszka Kotnis-Gąska<sup>2</sup>,  
Bernadeta Jakubowicz<sup>2</sup>, Iwona Martyka<sup>2</sup>,  
Anna Wojas-Pelc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

<sup>2</sup>Zakład Mikrobiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

**Wprowadzenie.** *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC) szacuje, że ponowna infekcja kiłą może dotyczyć nawet 40% pacjentów wcześniej leczonych z powodu tej choroby. Co zaskakujące, odsetek ten może być jeszcze większy w przypadku chorych dodatkowo zakażonych HIV. Swoiste przeciwciała w klasie IgM są powszechnie wykorzystywane w większości chorób zakaźnych jako narzędzie do

wczesnej diagnostyki i rozpoznawania ponownych zakażeń (reinfekcji). Jednak wiedza na temat znaczenia krętkowych przeciwciał w klasie IgM w diagnostyce reinfekcji kiłą jest niedostateczna.

**Cel pracy.** Ocena znaczenia krętkowych przeciwciał w klasie IgM w diagnostyce kiły oraz reinfekcji. Analiza zmiany miana badanych przeciwciał w toku trwania leczonego i nieleczonego zakażenia. Odniesienie uzyskanych wyników do ewentualnie współistniejącego zakażenia HIV u pacjentów z kiłą oraz stopnia supresji układu immunologicznego.

**Materiał i metodyka.** Do prospektywnego badania włączono 110 chorych leczonych w latach 2014–2016 z powodu kiły wczesnej w Klinice Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum* w Krakowie.

**Wyniki.** U 79% pacjentów w chwili rozpoznania kiły wczesnej stwierdzono obecność swoistych krętkowych przeciwciał w klasie IgM. Obecność tych przeciwciał istotnie statystycznie była związana z wyższym mianem odczynu RPR i obecnością zmian skórnych (tj. objawu pierwotnego lub osutki). W trakcie obserwacji u 12 chorych rozpoznano reinfekcję kiłą na podstawie obrazu klinicznego lub 4-krotnego wzrostu miana odczynu RPR. Najkrótszy odstęp od zakończenia obserwacji po leczeniu pierwszego epizodu do wystąpienia reinfekcji wynosił 1 miesiąc, a najdłuższy 18 miesięcy. U prawie 70% pacjentów reinfekcja przebiegała bez objawów. Jedynie u 41% chorych reinfekcja charakteryzowała się ponownym pojawieniem się przeciwciał krętkowych w klasie IgM. Wszyscy ci chorzy byli dodatkowo zakażeni HIV. Wśród chorych z ujemnymi przeciwciałami IgM w przebiegu reinfekcji nie zidentyfikowano żadnego zakażonego HIV.

**Wnioski.** Odpowiedź immunologiczna na zakażenie krętkiem bladym jest jednym z najsłabiej poznanych aspektów współczesnej wenerologii. Wydaje się, że przeciwciała krętkowe w klasie IgM mają znaczenie we wczesnej diagnostyce kiły. Po raz pierwszy wykazano jednak, że ich znaczenie w monitorowaniu odpowiedzi na leczenie jest jednak ograniczone, gdyż u części chorych, zwłaszcza tych ze współistniejącym zakażeniem HIV, mogą one być dodatnie przez długi czas. Wydaje się także, że przeciwciała przeciwnkrętkowe w klasie IgM nie mają znaczenia w rozpoznawaniu reinfekcji ze względu na ich niewystarczającą czułość diagnostyczną.

## Zastosowanie głębokiej oscylacji (*deep oscillation*) w procesie gojenia się ran i tworzenia się tkanki bliznowatej

Justyna Pogorzelska<sup>1</sup>, Agata Michalska<sup>1</sup>,  
Dominik Zagłaniczny<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

<sup>2</sup>Gabinet Rehabilitacji Funkcjonalnej w Gdańsku

**Wprowadzenie.** Wszystkie uszkodzenia naruszające ciągłość skóry i tkanek leżących poniżej powodują powstanie rany. Gojenie rany jest dynamicznym i kompleksowym procesem, który optymalnie prowadzi do przywrócenia anatomicznej ciągłości i funkcjonalności tkanek. Ostateczne rezultaty różnią się jednak w zależności od uszkodzonej tkanki, rodzaju urazu, czynników genetycznych, a także obecności choroby ogólnoustrojowej. Zmiany w charakterystycznej reakcji gojenia mogą powodować powstawanie patologicznej blizny. To, kiedy i jak zadamy o kondycję tworzącej się tkanki bliznowatej, będzie miało odzwierciedlenie w jej strukturze i wyglądzie. Wdrożenie postępowania leczniczo-terapeutycznego może wpłynąć na kondycję tworzącej się tkanki bliznowatej, modulując jej strukturę i wygląd. Jego istotną zasadą jest podjęcie działań terapeutycznych w sytuacji, kiedy tkanka jest jeszcze niedojrzała. Do metod terapeutycznych, których zadaniem jest nie tylko usprawnianie już istniejącej blizny, lecz także działanie na wczesnym etapie jej tworzenia, jest głęboka oscylacja. Głęboka oscylacja jest nieinwazyjną, bezbolesną metodą, która opiera się na działaniu na tkanki przerywanego pola elektrostatycznego wytwarzanego za pomocą aparatu pomiędzy aplikatorem a tkankami pacjenta.

**Cel pracy.** Zwrócenie uwagi na znaczenie zastosowania głębokiej oscylacji na wczesnym etapie gojenia się ran i jej rolę w procesie tworzenia się tkanki bliznowatej na podstawie własnego materiału badawczego.

**Materiał i metodyka.** Przeprowadzono obserwację skuteczności stosowania głębokiej oscylacji u pacjentów w procesie tworzenia się tkanki bliznowatej w dwóch ośrodkach: w Gdańsku i Kielcach. Głęboką oscylację wykonano u 5 pacjentów (dzieci i dorośli) po oparzeniu oraz zabiegach chirurgicznych i zastosowano ją jako pierwszą oraz jedyną formę leczenia. Parametry zabiegów oraz czas i częstotliwość dobrały zgodnie z założeniami pracy na ranie i tkance bliznowatej.

**Wnioski.** Głęboką oscylację można wdrożyć już we wczesnym stadium choroby, stymulując procesy regeneracyjne, co ma istotne znaczenie w przypadku trudno gojących się ran, jak również w leczeniu bli-

znowców. Zastosowanie systemu głębokiej oscylacji powoduje znaczne przyspieszenie procesu gojenia się uszkodzonych tkanek, co pozwala na szybsze i skuteczniejsze usprawnianie pacjenta.

## Mastocytoza plamisto-grudkowa – opis przypadku. Obserwacja w kierunku systemowej mastocytozy

Katarzyna Tomaszewska<sup>1</sup>, Agnieszka Wojciechowska<sup>2</sup>,  
Joanna Krzysiek<sup>2</sup>, Aleksandra Kobusiewicz<sup>1</sup>,  
Aleksandra Kańtoch<sup>2</sup>, Zofia Gerlicz-Kowalczyk<sup>1</sup>,  
Anna Zalewska-Janowska<sup>1</sup>, Andrzej Kaszuba<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychodermatologii Katedry Immunologii Klinicznej i Mikrobiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Mastocytozy są bardzo zróżnicowaną grupą chorób nowotworowych charakteryzującą się nadmierną proliferacją i nagromadzeniem nieprawidłowych mastocytów w jednym lub wielu narządach. Wyróżnia się mastocytozę skórnią i układową. W mastocytozach skórnych jedynym zajęтым narządem jest skóra. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia wyróżnia się trzy postacie choroby: mastocytozę plamisto-grudkową (ang. *maculopapular cutaneous mastocytosis*), uogólnioną skórnią mastocytozę (ang. *diffuse cutaneous mastocytosis*) oraz znamię mastocytowe (ang. *mastocytoma of skin*).

Przedstawiamy przypadek 48-letniej pacjentki z rozpoznąną pokrzywką barwnikową, obserwowaną w kierunku mastocytozy układowej.

## Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych z towarzyszącym ziarniniakowym zapaleniem warg – opis przypadku

Kaja Męcińska-Jundziłł, Agnieszka Białecka,  
Urszula Adamska, Rafał Czajkowski

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy

Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych (ang. *folliculitis decalvans*) jest rzadką zapalną dermatozą

obejmującą skórę owłosioną głowy, najczęściej występującą u mężczyzn w średnim wieku. Patogeneza choroby wciąż nie jest poznana. Istotną rolę w rozwoju choroby może odgrywać kolonizacja mieszków włosowych bakteriami *Staphylococcus aureus*. Opisywana jest również predyspozycja rodzinna oraz związek z urazami skóry. W leczeniu stosuje się glikokortykosteroidy, antybiotykoterapię, izotretynoinę oraz dapson. Ziarniniakowe zapalenie warg (ang. *Cheilitis granulomatosa*) charakteryzuje się utrwalonym obrzękiem czerwieni wargowej, a jego etiologia nie jest dokładnie poznana. Choroba może występować samodzielnie lub jako komponent zespołu Melkerssona-Rosenthala, który w postaci pełnoobjawowej cechuje się triadą symptomów: porażeniem nerwu twarzowego, przewlekłym i nawracającym obrzękiem warg oraz obecnością języka pobrudowanego. *Cheilitis granulomatosa* może mieć związek z alergią pokarmową, chorobą Leśniowskiego-Crohna lub sarkoidozą. W terapii stosuje się glikokortykosteroidy, antybiotyki oraz dapson.

Prezentujemy przypadek 32-letniego pacjenta przyjętego do Kliniki Dermatologii w celu diagnostyki i leczenia nawracających zmian skórnych zlokalizowanych w obrębie owłosionej skóry głowy w postaci krost, nadżerek, nawarstwionych strupów, ognisk bliznowacenia i łysienia oraz współwystępującym utrwalonym obrzękiem czerwieni wargowej. Wywiad chorobowy wieloletni, wywiad rodzinny nieobciążony. Zmianom towarzyszyły następujące choroby: padaczka pourazowa, stan po kraniotomii z powodu pourazowego krwiaka podoponowego okolicy skroniowo-ciemieniowej głowy w 12. roku życia. W badaniu histopatologicznym materiału pobranego ze skóry owłosionej głowy stwierdzono brak mieszków włosowych, krosty w obrębie naskórka, nacieki złożone z limfocytów, plazmacytów i neutrofilów w obrębie skóry właściwej, barwienie na grzyby – ujemne. Obraz kliniczny i histopatologiczny odpowiadał rozpoznaniu *folliculitis decalvans*. Z wymazu pobranego z nadżerek wyhodowano *Staphylococcus aureus* oraz *Streptococcus agalactiae*, w badaniu mikologicznym bezpośrednim nie stwierdzono obecności strzępek grzybów. Wykonano badanie immunofluorescencji pośredniej i bezpośredniej – wynik ujemny. W materiale pobranym z czerwieni wargowej stwierdzono obecność nieserowaciejącego zapalenia ziarniniakowego. W celu wykluczenia towarzyszącego porażenia nerwu twarzowego pacjenta konsultowano neurologicznie. W badaniach dodatkowych uzyskano prawidłowe wyniki stężenia inhibitora C1 esterazy, przeciwciał przeciwjądrowych. W badaniach obrazowych RTG klatki piersiowej oraz USG jamy brzusznej nie stwierdzono istotnych odchyłań od normy. W naskórkowych te-

stach płatkowych nie wykazano nadwrażliwości na wybrane alergeny. Po rozważeniu opcji terapeutycznych do leczenia włączono dapson w dawce 100 mg/dobę w skojarzeniu z miejscowymi glikokortykosteroidami (betametazon, klobetazol) i antybiotykami (gentamycyna, detreomycyna) i uzyskano znaczną poprawę stanu miejscowego.

## Przerzuty raka piersi do skóry – opis przypadku

Agnieszka Białecka, Urszula Adamska,  
Kaja Męcińska-Jundziłł, Rafał Czajkowski

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Wprowadzenie.** Przerzuty nowotworów do skóry stanowią istotny problem terapeutyczny, chociaż występują stosunkowo rzadko. Najczęściej pojawiają się w przebiegu raka sutka u kobiet i raka płuc u mężczyzn. Przeważnie mają one postać sinofioletowych guzków i guzów, niekiedy z tendencją do rozpadu. Zmiany te zlokalizowane są głównie w obrębie skóry głowy, tułowia, rzadziej kończyn. Czasami ognisko pierwotne nowotworu jest trudne do ustalenia lub niemożliwe, nawet po wykonaniu badania histopatologicznego i immunohistochemicznego.

**Cel pracy.** Przedstawienie przypadku pacjentki z rozpoznaniem rakiem piersi przebiegającym z zajęciem skóry.

**Opis przypadku.** Pacjentka 48-letnia została przyjęta do Kliniki Dermatologii w celu diagnostyki i leczenia zmian skórnych w postaci licznych sinofioletowych guzów i guzków z tendencją do rozpadu oraz owrzodzeń zlokalizowanych na skórze gładkiej klatki piersiowej. W wywiadzie pacjentka podawała wystąpienie pierwszych zmian skórnych 2 miesiące przed przyjęciem do szpitala. Podczas hospitalizacji w podstawowych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono istotnych odchyłań od normy. W wymazie z owrzodzeń wyhodowano *Staphylococcus aureus*. W badaniu USG piersi całość obrazu przemawiała za procesem nowotworowym pierwotnie wywodzącym się z piersi lewej, z rozcięciem zmian na stronę prawą, z licznymi guzkami satelitarnymi oraz przerzutowymi węzłami chłonnościami w dołach pachowych, dołach nad- i podobojczykowych. Guzek w całości pobrano do badania histopatologicznego oraz immunohistochemicznego w celu ostatecznej weryfikacji rozpoznania. Wynik badania histopatologicznego potwierdził rozpoznanie przerzutów nowotworowych

do skóry. Dodatkowo odczyn immunohistochemiczne dla CK 7 i receptorów estrogenowych wskazywały na sutek jako miejsce guza pierwotnego. W dodatkowych badaniach immunohistochemicznych uzyskano dodatnią reakcję dla CKAE1/AE3 oraz EMA. Pacjentka została w trybie pilnym skierowana do Centrum Onkologii.

**Wnioski.** Do objawów skórnych w przebiegu raka piersi należą najczęściej: wciągnięcie skóry nad guzem, objaw skórki pomarańczy, naciek skóry, owrzodzenie lub guzki satelitarne, które występowały u przedstawionej pacjentki. Obecność guzków satelitarnych świadczy o znacznym zaawansowaniu procesu nowotworowego lub zmianach nawrotowych po leczeniu. Wystąpienie przerzutów do skóry w przebiegu wszystkich chorób nowotworowych znacznie pogarsza rokowanie pacjenta. Zmiany te powinny być szybko rozpoznane przez prowadzącego onkologa, czasem jednak to dermatolog jest pierwszym specjalistą, do którego zgłasza się pacjent zaniepokojony zmianami skórnymi. Szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia pozwala przedłużyć życie chorych oraz zmniejszyć dolegliwości bólowe.

## Zespół Sweeta i idiopatyczne zapalenie najądrzy – opis przypadku

Urszula Adamska, Agnieszka Białecka,  
Kaja Męcińska-Jundziłł, Rafał Czajkowski

Katedra Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Wprowadzenie.** Zespół Sweeta (ostra gorączkowa dermataza neutrofilowa) charakteryzuje się nagłym wysiewem zmian rumieniowo-naciekowych, któremu towarzyszy gorączka i neutrofilia krwi obwodowej. Etiologia choroby nie jest do końca poznana, choć przypuszcza się, że zmiany skórne powstają w odpowiedzi na antygeny wirusowe, bakteryjne lub nowotworowe. Ze względu na możliwość współwystępowania innych chorób dermataza ta została podzielona na kilka typów. Zespół Sweeta indukowany lekami jest związany z przyjmowaniem takich leków, jak trimetoprim + sulfametoksazol, G-CSF (ang. *granulocyte-colony stimulating factor*), doustne środki antykoncepcyjne. Typ współistniejący z chorobami nowotworowymi towarzyszy najczęściej ostrej białaczce szpikowej i innym rozrostom hematologicznym, a występujący najczęściej, klasyczny lub idiopatyczny, zespół Sweeta zazwyczaj wiąże się

z infekcjami, np. górnych dróg oddechowych, nieswoistymi zapaleniami jelit i ciążą.

**Opis przypadku.** Prezentujemy przypadek 54-letniego mężczyzny przyjętego do Kliniki Dermatologii z powodu nasilających się od 3 dni zmian rumieniowo-naciekowych zlokalizowanych w obrębie twarzy, tułowia oraz kończyn górnych i dolnych z towarzyszącą gorączką i osłabieniem. Pacjent dodatkowo zgłaszał dolegliwości bólowe i tkliwość lewego jądra oraz zaczerwienienie i wzmożone ucieplenie moszny. Pierwszego dnia hospitalizacji ze względu na odchylenia w badaniach laboratoryjnych i wysokie wykładniki stanu zapalnego [białko C-reaktywne (CRP) 337,92 mg/l, prokalcytonina 0,875 ng/ml] oraz podejrzenie posocznicy wdrożono antybiotykoterapię, nie uzyskano jednak poprawy stanu klinicznego. Gorączka, leukocytoza z neutrofilią oraz duże stężenie CRP utrzymywały się mimo modyfikacji antybiotykoterapii. Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyników badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i obrazowych oraz badania histopatologicznego wycinka skóry rozpoznano zespół Sweeta z idiopatycznym zapaleniem najądrzy. Po uzyskaniu ujemnych wyników badań mikrobiologicznych do leczenia włączono prednizon w dawce 50 mg/dobę. W ciągu kilku dni stwierdzono całkowite ustąpienie zmian skórnych, normalizację temperatury ciała i parametrów laboratoryjnych.

**Wnioski.** W piśmiennictwie opisywano przypadki współwystępowania klasycznej postaci zespołu Sweeta między innymi z chorobami autoimmunologicznymi, nieswoistymi zapaleniami jelit, gruźlicą, zapaleniem ucha środkowego, ślinianki przyusznej czy dróg żółciowych. Dermatoza ta może być poprzedzona również infekcjami górnych dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego. Według autorów przedstawiony przypadek jest pierwszym opisem zespołu Sweeta, któremu towarzyszy idiopatyczne zapalenie najądrzy.

## Owrzodzenia kończyn dolnych u 24-letniej pacjentki – zespół hiper-IgE czy może niedobór prolidazy?

Magdalena Mazgaj, Paweł Brzewski, Anna Wojas-Pelc

Oddział Kliniczny Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

**Wprowadzenie.** Niedobór prolidazy jest bardzo rzadką przyczyną opornych na leczenie owrzodzeń kończyn dolnych występujących u młodych osób.

**Opis przypadku.** Pacjentka 24-letnia z rozpoznaniem wcześniej na podstawie obrazu klinicznego ze-



społem hiper-IgE została przyjęta w celu rozpoznania i leczenia masywnych owrzodzeń kończyn dolnych, nasilających się od ok. 10 lat. Ponadto w wywiadzie stwierdzono: atopowe zapalenie skóry, niedoczynność tarczycy, niedokrwistość z niedoboru żelaza. U siostry pacjentki występowały również owrzodzenia kończyn dolnych, jednak o mniejszym nasileniu. Zmiany skórne uległy pogorszeniu mimo stosowanej w przeszłości profilaktyki antybiotykowej oraz przeciwgrzybiczej, cyklosporyny w połączeniu z ogólną kortykosteroidoterapią, dożylnych wlewów immunoglobulin (początkowo poprawa w zakresie zmian skórnych, a następnie pogorszenie). Przy przyjęciu na skórę stóp, lewego podudzia oraz bocznych i tylnych powierzchni ud były widoczne rozległe owrzodzenia, częściowo pokryte włóknikiem, sączące. Na kończynach górnych oraz tułowiu występowały zmiany rumieniowo-grudkowe. W badaniu bakteriologicznym treści z owrzodzenia stwierdzono obecność wielolekoopornego *Pseudomonas aeruginosa*. Podczas hospitalizacji zastosowano antybiotykoterapię celowaną meropenemem, a następnie kolistyną i tobramycyną oraz leczenie miejscowe opatrunkami z mikrodacynu oraz chlorheksydyny, uzyskując poprawę stanu miejscowego. W wykonanym w poradni genetycznej badaniu genetycznym nie stwierdzono mutacji STAT3, charakterystycznej dla zespołu hiper-IgE. W aminogramie moczu wykazano zwiększone wydalanie iminodipeptydów wskazujące na niedobór prolidazy. Pobrano krew do oznaczenia aktywności prolidazy w celu potwierdzenia rozpoznania – wynik w opracowaniu. Pacjentkę skierowano do leczenia w komorze hiperbarycznej.

**Wnioski.** Oporne na leczenie owrzodzenia kończyn dolnych występujące u młodych osób mogą być spowodowane chorobą genetyczną.

## Mężczyzna 28-letni z sarkoidozą płuc, węzłów chłonnych i skóry – opis przypadku

Paweł Brzewski<sup>1</sup>, Zofia Mazurek-Durlak<sup>2</sup>,  
Magdalena Mazgaj<sup>2</sup>, Anna Wojas-Pelc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

<sup>2</sup>Szpital Uniwersytecki w Krakowie

**Wprowadzenie.** Sarkoidoza to wielonarządowa choroba o nieznanym etiologii. Zwykle ma charakter samoograniczający, ale w części przypadków z postaci ostrej przechodzi w przewlekłą. Często pierwszym objawem sarkoidozy jest rumień guzowaty. W przebiegu sarkoidozy mogą wystąpić zmiany skórne

z widocznymi w badaniu histopatologicznym ziarniniakami. Diagnostyka różnicowa zmian obejmuje m.in. inne choroby ziarniniakowe, chłoniaki. Sarkoidoza jest po kile drugim „wielkim naśladowcą” ze względu na możliwą bardzo różną morfologię zmian skórnych: mogą wystąpić zmiany guzkowe, naciekowe (odmiana odmrozinowa *lupus pernio*), plamiste. Choć glikokortykosteroidy są skuteczne w leczeniu sarkoidozy, ze względu na długie leczenie, działania niepożądane i dużą częstość nawrotów po odstawieniu powinny być włączane ostrożnie, przede wszystkim u pacjentów z nasilonymi zmianami układowymi (np. włóknienie płuc, zajęcie ośrodkowego układu nerwowego, serca, oczu, hiperkalcemia).

**Cel pracy.** Przedstawienie przypadku 28-letniego pacjenta z wielonarządową sarkoidozą przewlekłą.

**Opis przypadku.** U pacjenta w 2014 r. wystąpił rumień guzowaty, po diagnostyce pulmonologicznej (HRCT płuc, bronchoskopia) rozpoznano sarkoidozę płucną z sarkoidozą węzłów chłonnych, niewymagającą leczenia ogólnego. Pacjent został przyjęty na Oddział Kliniczny Dermatologii z powodu podejrzenia sarkoidozy skóry. Przy przyjęciu stwierdzono liczne rozsiane rumieniowe guzki oraz zmiany rumieniowo-naciekowe w starych bliznach z dodatkowym objawem diaskopii w obrębie łuku brwiowego prawego, na powierzchni wyprostnej łokcia lewego oraz na palcu III ręki prawej. W celu wykluczenia gruźlicy wykonano badanie QuantiFERON TB – wynik ujemny. Pobrano wycinek ze zmiany skórnej i stwierdzono okrągłe oraz owalne ziarniniaki nabłonkowatokomórkowe z pojedynczymi komórkami wielojądrazastymi, bez cech martwicy, co przy zgodnym obrazie klinicznym odpowiada sarkoidozie. Wykonano tomografię komputerową klatki piersiowej, w której stwierdzono liczne zmiany guzkowe w tkance podskórnej i na pograniczu ze skórą oraz progresję zmian płucnych, częściową regresję zmian węzłowych śródpiersia i wnęk, a także powiększenie węzłów chłonnych lewej pachy. Pacjenta konsultowano pulmonologicznie. Ze względu na stabilną funkcję płuc, progresję zmian węzłowych zdecydowano o pobraniu węzła chłonnego do badania histopatologicznego przed podjęciem decyzji o włączeniu leczenia ogólnego. Zastosowano leczenie miejscowe preparatami glikokortykosteroidowymi i uzyskano zmniejszenie nacieku zmian w starych bliznach. Z powodu ryzyka związanego z długoletnią terapią glikokortykosteroidami decyzja o takiej terapii powinna zależeć przede wszystkim od nasilenia zmian systemowych.

**Wnioski.** Leczeniem pierwszego rzutu zmian skórnych są glikokortykosteroidy stosowane miejscowo (zewnętrznie lub doogniskowo).

## Wpływ preparatów keratynowych na proces gojenia ran w mysim modelu rany chirurgicznej

Marek Konop<sup>1,2</sup>, Joanna Czuwara<sup>1</sup>, Anna K. Laskowska<sup>2</sup>, Ewa Kłodzińska<sup>3</sup>, Tatsiana Damps<sup>2</sup>, Urszula Zielenkiewicz<sup>4</sup>, Iwona Baranowska<sup>4</sup>, Aleksandra Misicka<sup>2</sup>, Lidia Rudnicka<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Zakład Neuropeptydów Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie

<sup>3</sup>Zakład Badań Antydopingowych Instytutu Sportu – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie

<sup>4</sup>Zakład Biochemii Drobnoustrojów Instytutu Biochemii i Biofizyki PAN w Warszawie

**Wprowadzenie.** Jednym z celów inżynierii tkankowej i medycyny regeneracyjnej jest poszukiwanie nowych sposobów opatrywania ran. W tego typu schorzeniach materiały na bazie keratyny są interesującym kandydatem ze względu na ich biogodność, biodegradowalność oraz zdolność do wspierania wzrostu, m.in. keratynocytów, fibroblastów.

**Cel pracy.** Ocena wpływu opatrunku keratynowego (ang. *fur keratin derived powder* – FKDP) na szybkość gojenia ran chirurgicznych u myszy szczepu C57BL6/J.

**Materiał i metodyka.** Opatrunek FKDP otrzymywano zgodnie z metodyką A.W. Lipkowskiego [1]. Do oceny kształtu i morfologii powierzchni otrzymanych biomateriałów wykorzystano skaningową mikroskopię elektronową. Właściwości przeciwbakteryjne zbadano na szczepach *Staphylococcus aureus* i *Escherichia coli* z wykorzystaniem metody dyfuzyjnej (dołki agarowe). Dokonano oceny biopsji tkankowych (barwienie hematoksyliną i eoźną, Masson-Trichrome) pobranych z rany kontrolnej i opatrzonej FKDP. Dokonano oceny ilościowej wyznaczającej krwi do światła rany oraz półilościowej komórek infiltrujących ranę kontrolną i opatrzoną.

**Wyniki.** Otrzymany bioopatrunek ma właściwości przeciwbakteryjne w stosunku do badanych szczepów. Rany opatrzone FKDP goiły się szybciej ( $p < 0,05$ ) w porównaniu z ranami kontrolnymi. W czwartym dniu eksperymentu opatrzona rana była wygojona w 30% w porównaniu z raną nieopatrzoną, w której procent wygojenia wynosił 21,50%. W siódmym dniu eksperymentu rana opatrzona FKDP była wygojona w 52,66%, a nieopatrzona rana w 45,42%. Po upływie 2 tygodni od zranienia rana oparzona FKDP była wygojona w 89,50%, a rana kontrolna w 80,50%. W porównaniu z ranami kontrolnymi rany opatrzone cechowały się lepszym uporządkowaniem struktury odtwarzającej się tkanki. W ranie opatrzo-

nej neutrofilowy odczyn ropny, wysięk oraz wyznaczenie erytrocytów były mniejsze, a efekt końcowy charakteryzował się mniej zaciągniętą i włóknistą blizną w porównaniu z raną nieopatrzoną.

**Wnioski.** Otrzymany opatrunek keratynowy można rozważać jako bezpieczny i skuteczny materiał pochodzenia biologicznego wspomagający w naturalny sposób gojenie poprzez regulację odczynu zapalnego. Zastosowany opatrunek alogeniczny ulega wbudowaniu w odtwarzające się tkanki i przyspiesza proces gojenia ran.

### Piśmiennictwo

1. Lipkowski A.W., Gajkowska B., Grabowska A., Kurzepa K.: Keratin-associated protein micromaterials for medical and cosmetic applications. *Polimery* 2009, 54, 386-388.

## Immunogenność leków biologicznych – aspekty praktyczne

Mariusz Sikora, Małgorzata Olszewska, Lidia Rudnicka

Katedra i Klinika Dermatologiczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie na rynek leków biologicznych otworzyło przed dermatologami zupełnie nowe możliwości terapeutyczne. Badania z ostatnich lat wskazują na możliwość wywoływania przez leki biologiczne swoistej odpowiedzi immunologicznej z wytworzeniem przeciwciał skierowanych przeciwko cząsteczce leku (ang. *anti-drug antibodies* – ADA). Wszystkie leki biologiczne stosowane w dermatologii są przeciwciałami monoklonalnymi lub białkami fuzyjnymi zawierającymi fragmenty tych przeciwciał, dlatego też mają właściwości immunogenne. Wytworzone ADA w części przypadków prowadzą do neutralizacji leku i przyspieszenia jego eliminacji, co istotnie rzutuje na skuteczność terapii. Istnieje wiele potencjalnych czynników, które mogą wpływać na immunogenność leków biologicznych. Obecność mysich sekwencji aminokwasów w strukturze leku powoduje zwiększenie wytwarzania ADA. Zwiększona immunogenność jest również związana ze stosowaniem suboptymalnych dawek, podskórną metodą podawania oraz przerwami w stosowaniu leków biologicznych. Pojedyncze doniesienia wskazują na możliwość zmniejszenia wpływu ADA na terapię przy jednoczesnym zastosowaniu metotreksatu. Dotychczasowe informacje na temat ADA nie pozwalają na jednoznaczną ocenę ich klinicznego znaczenia. W związku z tym niewłaściwa interpretacja danych może zostać wykorzystana w nieuczciwym marketingu farmaceutycznym. Lepsze poznanie patomechanizmu wytwarzania i działania ADA umożliwi optymalizację terapii biologicznej chorób dermatologicznych.